



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AS_BO66
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000142
DATA: 28/06/2019 14:15
OGGETTO: RELAZIONE PERFORMANCE 2018 - APPROVAZIONE ED ADEMPIMENTI
CONSEQUENTI

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Rossi Andrea in qualità di Direttore Generale
In assenza di Neri Andrea - Direttore Sanitario
In assenza di Donattini Maria Teresa - Direttore Amministrativo

CLASSIFICAZIONI:

- [08-04]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000142_2019_delibera_firmata.pdf	Rossi Andrea	621ACD66C6F83C473CF9CE213DD7045D 167895A3CCDBB372EF344733052535D6
DELI0000142_2019_Allegato1.pdf:		5BEEE3DC349B1C0F5DF77DF0A4C88A8 7225C8529619A9F8D70E3D82E5137B2F6



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



DELIBERAZIONE

OGGETTO: RELAZIONE PERFORMANCE 2018 - APPROVAZIONE ED ADEMPIMENTI
CONSEQUENTI

IL DIRETTORE GENERALE

- richiamato l'art.10 del D.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 ad oggetto "Attuazione della Legge 4 marzo n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", che dispone che ogni Pubblica Amministrazione misuri e valuti la Performance con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso, alle Unità Organizzative e/o aree di responsabilità in cui si articola e ne dia adeguata rendicontazione ed informazione annualmente in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi programmati;

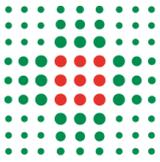
- preso atto inoltre che sempre sulla base della sopra citata fonte normativa ogni Pubblica Amministrazione annualmente è tenuta ad adottare una Relazione sui risultati di performance conseguiti a livello di organizzazione complessiva;

- sottolineato che la Relazione sulla performance rientra tra le forme di rendicontazione dell'azione istituzionale dell'Azienda, anche al fine di rafforzare il sistema delle relazioni intercorrenti tra la stessa e gli stakeholders;

- preso atto della delibera OIV n. 1 del 19.12.2014 (Organismo Indipendente di Valutazione unico per le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna), come confermata dalla delibera OIV n. 3/2016, che, nel fornire indicazioni metodologiche ed operative in merito all'applicazione del Ciclo di gestione delle Performance al contesto delle Aziende ed Enti del SSR, dispone di attivare uno specifico processo di controllo strategico e rendicontazione dei risultati di performance conseguiti, consistente nella predisposizione annuale di una Relazione sulla Performance attraverso la quale rappresentare il grado di raggiungimento degli obiettivi strategici ed istituzionali previsti dagli atti di programmazione regionale e dal Piano della Performance aziendale;

- vista da ultimo la nota dell'OIV- SSR prot. PG/2019/0551620 del 05/06/2019 che fissa al 30 giugno del corrente anno la data di adozione da parte delle Aziende del SSR della Relazione della Performance 2018;

- presa visione del documento finale di Relazione sulla Performance anno 2018 redatto dal Referente aziendale, in staff alla Direzione Generale, che risulta coerente con lo schema regionale ed adeguato alle esigenze informative dei soggetti istituzionali a cui è destinato;



- ritenuto pertanto, per le motivazioni riportate in premessa, di provvedere all'approvazione della Relazione della performance per l'anno 2018 nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1);

Delibera

1) di approvare la Relazione sulla performance dell'Azienda USL di Imola per l'anno 2018 nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1);

2) di provvedere alla pubblicazione nell'apposita sezione del sito aziendale della trasparenza amministrativa, la Relazione sulla Performance per l'anno 2018, nel testo elaborato in attuazione delle disposizioni regionali impartite di cui da ultimo con nota OIV-SSR prot. n. PG/2019/0551620 del 05/06/2019;

3) di dare atto, inoltre, che al documento stesso sarà data la massima e idonea divulgazione sia all'interno che all'esterno dell'Azienda;

4) di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art.18 comma 4 della L.R. 16.07.2018 n°9.

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2018

(ART. 10 D.Lgs n.150/2009 – Delibera OIV-SSR n. 3/2016)

INDICE

Premessa	3
1. L'Azienda	5
1.1 Missione dell'Azienda	5
1.2 Territorio e popolazione	5
1.3 Organizzazione dell'Azienda.....	10
2. Executive Summary	12
3. Area dell'accesso	16
3.1 Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero.....	16
3.2 Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero e specialistico	21
4. Area dell'integrazione	24
4.1 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale	24
4.2 Integrazione socio-sanitaria.....	39
5. Area della produzione	49
5.1 Riordino assistenza ospedaliera	49
5.2 Consolidamento delle cure primarie, sviluppo Case della Salute, Integrazione Ospedale Territorio	63
5.3 Attività di prevenzione e promozione della salute.....	71
6. Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	81
6.1 Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico	81
6.2 Governo della domanda e appropriatezza prescrittiva del farmaco	84
7. Area dell'organizzazione	95
7.1 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, supporto e logistici	95
7.2 Sviluppo infrastruttura ICT a supporto della semplificazione e miglioramento accessibilità ai servizi ..	99
7.3 Adempimenti nei flussi informativi	100
8. Valorizzazione del capitale umano	102
8.1 Formazione aziendale	102
8.2 Sicurezza del lavoro	107
8.3 Sistema di valutazione individuale della performance	108
9. Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza	109
10. Area ricerca e didattica	112
11. Area economico-finanziaria	116
11.1 Rispetto equilibrio economico finanziario e azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa.	116
11.2 Governo delle risorse umane	117
12. Area degli investimenti e della gestione del Patrimonio tecnologico	121
12.1 Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti ..	121
13. Indicatori di risultato e valutazione della performance	128
13.1 Risultati di periodo della performance organizzativa aziendale	128
13.2 Considerazioni sui risultati della performance.....	138
Glossario	143

Premessa

La presente **Relazione sulla Performance dell'AUSL di Imola** è stata elaborata in ottemperanza agli indirizzi dettati dall'OIV-SSR con delibera n. 3/2016 e si propone di rappresentare l'attività svolta dall'Azienda nel 2018. A tal fine il documento riporta:

- gli elementi informativi relativi alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici individuati nel Piano della Performance 2018 - 2020;
- il grado di raggiungimento degli obiettivi attraverso indicatori di risultato **InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna**, monitorati a livello regionale e riportati nel Piano della Performance 2018 - 2020, con commenti/spiegazioni in relazione agli andamenti attesi.

La presente Relazione sulla Performance si pone in continuità con la consolidata esperienza aziendale di rendicontazione annuale ai cittadini e agli *stakeholder* istituzionali sull'attività e sui risultati attraverso il previgente Bilancio di Missione, le cui finalità e principi vengono fatti propri dalla presente Relazione, fatte salve le eventuali ulteriori indicazioni regionali in materia e si propone di proseguire il percorso di potenziamento e miglioramento di effettivo orientamento ai risultati, quale strumento idoneo a fornire informazioni precise e quantificate sugli aspetti rilevanti delle proprie attività, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi, la loro organizzazione e rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli *stakeholder*.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance in essere presso l'AUSL di Imola ha visto un costante sviluppo nel tempo che si è attuato parallelamente al nuovo impianto di gestione del **Ciclo della performance** progettato e implementato a livello regionale su tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale. La Regione Emilia-Romagna, in attuazione della LR 43/2001 (modificata dalla LR 26/2013), con la DGR 334/2014 *"Approvazione della disciplina per l'attivazione e il funzionamento dell'organismo indipendente di valutazione, unico, per tutti gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale e per l'agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente (ARPA)"* e con la comunicazione prot. PG/2014/385293 del 22.10.2014, ha attribuito all'OIV-SSR, anche il compito di emanare linee guida e di indirizzo per lo sviluppo armonico ed omogeneo del ciclo della *performance*.

L'OIV-SSR, avvalendosi anche del supporto degli Organismi Aziendali di Supporto (OAS) costituiti in ciascuna Azienda ed Ente del SSR, accompagna il Sistema sanitario regionale nella implementazione, presso ogni Azienda Sanitaria, di una nuova metodologia di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali. In tale ambito, l'OIV-SSR ha fornito le *"Prime indicazioni metodologiche ed operative alle Aziende e agli OAS"* con Delibera OIV 1/2014 e più specificatamente con l'allegato B *"Linee guida per lo sviluppo del sistema aziendale di valutazione integrata del personale degli enti ed aziende del SSR"*, nonché con Delibera OIV 2/2015 ha rappresentato *"Il sistema di valutazione del personale"*.

L'AUSL di Imola, prima con deliberazione aziendale n. 26 del 6.3.2013 e successivamente con deliberazione n. 2 del 15.1.2016, assunte entrambe alla luce degli indirizzi dettati dall'OIV-SSR, ha introdotto le nuove modalità di valutazione annuale della performance organizzativa ed individuale del personale dirigente, portando a pieno regime il sistema a partire dall'anno 2016. Tale modello si applica in stretto collegamento

con gli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale e del Sistema di *budgeting* aziendale e con il coinvolgimento dei professionisti dell'Azienda e delle OO.SS. in un'ottica di collaborazione e di continuo miglioramento.

A seguito dei nuovi indirizzi di sviluppo del sistema della valutazione dettati dall'OIV con Delibera n. 5/2017, l'Azienda si è dotata di un nuovo regolamento approvato con deliberazione n. 136 del 22.6.2018, portando a compimento il programma di estensione a tutto il personale, compreso quello del comparto, della valutazione individuale annuale della performance. A partire dall'anno 2018 tutto il personale aziendale è soggetto a valutazione individuale della performance.

1. L'Azienda

1.1 Missione dell'Azienda

L'Azienda Sanitaria di Imola è precipuamente impegnata nel governo della domanda di servizi e prestazioni sanitarie e nel governo dell'offerta dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, rivolta ai cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza e ai cittadini che liberamente scelgono i servizi offerti dalle sue strutture assistenziali e dai suoi professionisti. L'AUSL, pertanto, persegue i seguenti obiettivi istituzionali:

- tutelare l'interesse di Salute, mediante interventi di informazione sanitaria e prevenzione primaria, tesi a incidere positivamente sugli stili di vita e sui comportamenti a rischio;
- offrire i servizi e le prestazioni di assistenza di base, tendendo continuativamente all'eccellenza;
- offrire cura e assistenza in urgenza e per acuti, tendendo continuativamente all'eccellenza;
- posizionarsi nelle reti integrate di servizi, in collaborazione con le altre strutture a livello di Area metropolitana, di Area vasta e in ambito regionale per l'Alta Specialità.

L'Azienda realizza il governo e la gestione dell'offerta sanitaria, secondo i principi di universalità, equità, appropriatezza ed evidenza dell'efficacia e realizza il governo economico-finanziario, perseguendo l'allocazione ottimale delle risorse assegnate, secondo principi di efficienza ed economicità.

Per il perseguimento dei suoi scopi, l'Azienda agisce come un sistema cognitivo, evolutivo e dinamico, grazie alla pratica continua di:

- integrazione e valorizzazione delle sue molteplici professionalità interne;
- informazione sanitaria socialmente diffusa;
- ricerca e innovazione;
- formazione e dell'aggiornamento.

1.2 Territorio e popolazione

Il bacino territoriale della AUSL di Imola composto da 10 Comuni ed inserito nel contesto dalla Provincia di Bologna, si estende dalla zona pedemontana ai confini con la Toscana, per giungere sino alla bassa pianura, lambendo da un lato la Provincia di Ferrara e dall'altro quella di Ravenna, con una estensione territoriale complessiva di 787,28 Km². Il territorio, secondo le specifiche Istat, è contraddistinto da una zona di pianura con una densità abitativa medio-alta (231,36 ab/Km²) che tende ad abbassarsi allorché si include la zona collinare e pedemontana, che si aggira complessivamente su un'area di 373 Km².

Anche nel 2018 la densità abitativa complessiva fotografa una staticità dell'indicatore con un leggero aumento rispetto al 2017. Se a livello circondariale, nel decennio della "contrazione economica" 2008-2018, questa è cresciuta di circa 5,3 unità pro km², differenze notevoli si registrano invece tra i vari comuni, con Castel Guelfo in testa con +16 ab. /km². Nel confronto invece 2018-2017, in incremento mediamente di 1 unità ab. /km² risultano essere Castel Guelfo, Castel S. Pietro e Borgo Tossignano.

COMUNE ZONA ALTIMETRICA	SUPERFICIE Kmq	POPOLAZIONE RESIDENTE	DENSITÀ 2018 Pop/Kmq	DENSITÀ 2008 Pop/Kmq
IMOLA	204,95	69.797	340,56	331,90
MORDANO	21,46	4.684	218,27	212,07
MEDICINA	159,11	16.782	105,47	102,39
CASTEL GUELFO	28,55	4.538	158,95	142,98
TOTALE PIANURA	414,07	95.801	231,36	224,47
CASTEL S. PIETRO	148,48	20.984	141,33	137,62
DOZZA	24,24	6.587	271,74	260,44
CASALFUMANESE	81,97	3.457	42,17	41,95
BORGO TOSSIGNANO	29,12	3.273	112,40	113,32
FONTANELICE	36,57	1.948	53,27	51,93
CASTEL DEL RIO	52,56	1.224	23,29	23,97
TOTALE COLLINA	372,94	37.473	100,48	98,26
TOTALE GENERALE	787,01	133.274	169,34	164,66
Prov. Bologna (2018-2008)			273,65	260,39
RER (2018- 2008)			198,71	193,33
ITALIA (2018-2008)			200,72	197,85

Fonte: 1) Anagrafi Comuni su mod. ISTAT P.2, 2) sito Regione E.R. - Statistica -Territorio con cod. altimetriche ISTAT 3) Dati Italia Istat densità 2018 - Indicatore demografico costruito da Demo Istat 1/1/2018.

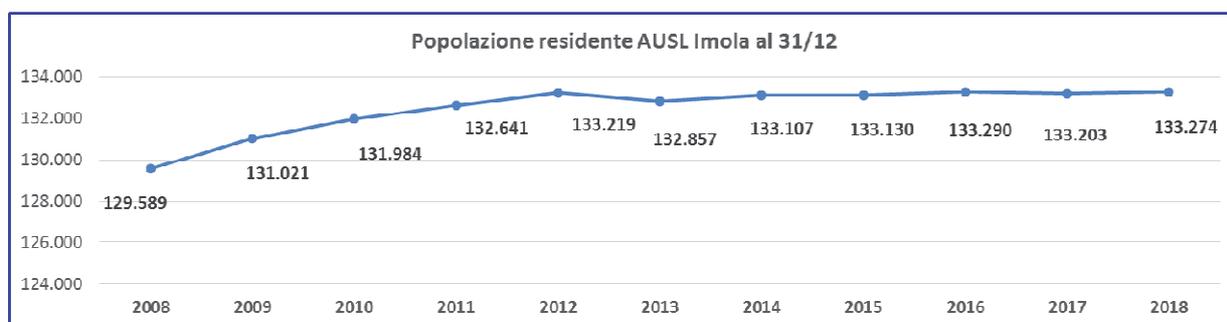
La **popolazione legale residente** nel Nuovo Circondario Imolese (sempre su base Istat) torna nuovamente, al 31/12/2018, ai livelli del 2016 (anno con la numerosità più elevata dell'ultimo decennio) grazie ad un lieve incremento, attestandosi a 133.274 unità di cui: 64.893 maschi (48,7%) e 68.381 femmine (51,3). L'aumento sull'anno precedente è a targa prevalentemente maschile (+100 unità circa), mentre il genere femminile cresce di 32 unità rispetto al 2017.

COMUNI	POPOLAZIONE			2018 Peso% su Totale AUSL	2008 Peso% su Totale AUSL	2004 Peso% su Totale AUSL
	M	F	Totale			
IMOLA	33.624	36.173	69.797	52,37%	52,49%	53,34%
MORDANO	2.368	2.316	4.684	3,51%	3,51%	3,53%
MEDICINA	8.195	8.587	16.782	12,59%	12,57%	11,86%
CASTEL GUELFO	2.273	2.265	4.538	3,41%	3,15%	3,01%
CASTEL S. PIETRO	10.291	10.693	20.984	15,75%	15,77%	15,84%
DOZZA	3.235	3.352	6.587	4,94%	4,87%	4,74%
CASALFUMANESE	1.721	1.736	3.457	2,59%	2,65%	2,52%
BORGO TOSSIGNANO	1.626	1.647	3.273	2,46%	2,55%	2,63%
FONTANELICE	979	969	1.948	1,46%	1,47%	1,52%
CASTEL DEL RIO	581	643	1.224	0,92%	0,97%	1,01%
TOTALE GENERALE	64.893	68.381	133.274	100%	100%	100%

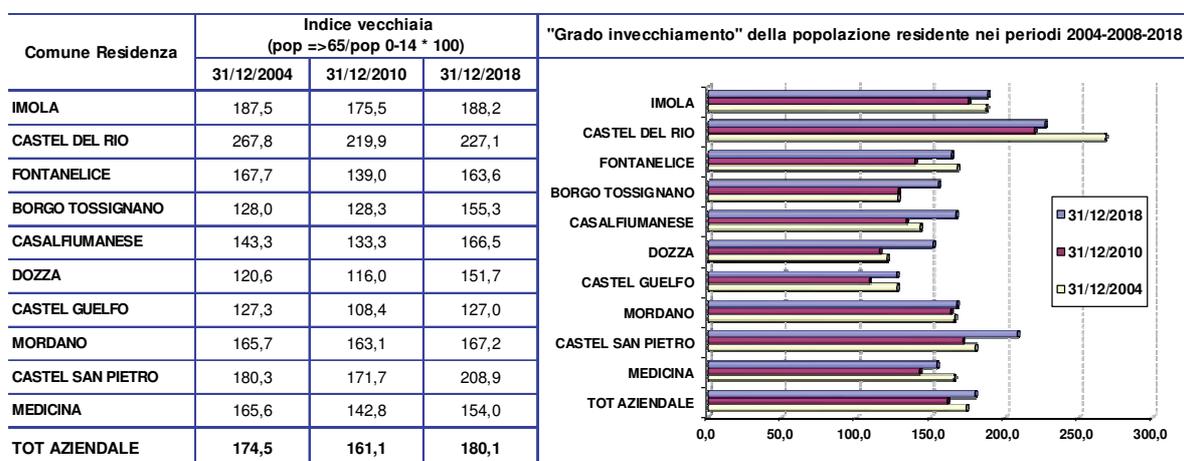
Il confronto, in tabella, mostra un minor "appeal residenziale" del Comune di Imola, che perde dal 2004 ad oggi l'1% dei residenti. Non è estraneo al fenomeno anche il 2018 con il comune capofila a - 137 residenti (Mod.P2 Istat) sul 2017. Ciò si traduce in una diminuita incidenza percentuale del peso dei propri residenti sul totale complessivo, dovuta di converso all'aumento o alla tenuta di comuni come Castel Guelfo, Castel San Pietro, Medicina, Dozza. Caratteristica demografica: in tutti i comuni tranne Mordano e Fontanelice

(escludendo Castel Guelfo dove vi è sostanziale parità) il genere femminile risulta prevalente, con il comune più grande (Imola) e quello più piccolo (Castel del Rio) associati da una "quota rosa" intorno al 52%.

Al 31/12/2018, a conferma del dato 2017 l'80,7% della popolazione è concentrato in tre Comuni: Imola, Castel San Pietro Terme e Medicina. In un contesto d'insieme, la diminuzione della popolazione imolese sembra essere compensata dall'aumento, oltre le 120 unità, di quella castellana, considerata una quasi invarianza dei residenti di Medicina. Pur parlando di piccoli numeri, dopo anni (escludendo il 2016), in cui la maggioranza dei comuni aveva registrato un calo quasi generalizzato nel valore assoluto dei propri residenti, il 2018 vede leggeri aumenti o "tenute" sull'anno precedente. Alla citata Imola infatti, si aggiunge in terreno negativo solo Mordano. L'altalena di contrazioni e successivi aumenti, hanno fatto sì che il trend di lungo periodo, si mantenesse sostanzialmente piatto dal 2012 in avanti. La curva giunta a 133.000 residenti, da quell'anno in avanti è stata contraddistinta da oscillazioni minimali dovute alla compensazione tra incrementi positivi e negativi delle diverse fasce di età in entrata come in uscita dal territorio aziendale, così come dai nati e dai deceduti.

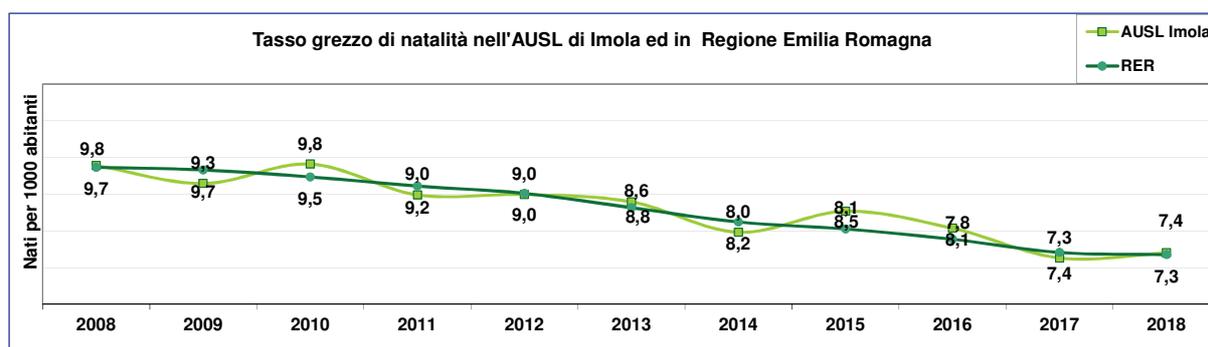


Il grado di **invecchiamento della popolazione**, rappresentato in tabella, vede dal 2010 in poi (contraddistinto da un leggero calo sul pregresso) una ascesa del trend riferito all'indicatore in oggetto. La motivazione va ricercata principalmente nella diversa variabilità che caratterizza da anni i due sottogruppi di popolazione su cui è calcolato l'indicatore, ovvero ≥ 65 e 0-14.



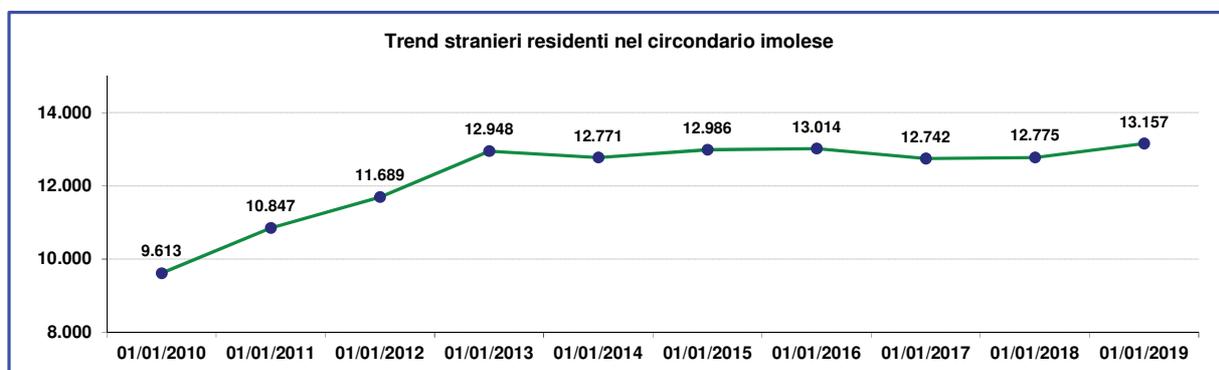
Nel 2018 si osserva pertanto un effetto negativo estremamente combinato: la prima fascia in costante aumento, mentre la seconda con segno negativo che riflette il calo della natalità che, come a livello nazionale, dal 2010 mostra una significativa flessione. Ciò ha comportato un veloce riposizionamento al rialzo dell'invecchiamento, giunto a toccare nella nostra realtà la soglia dei 180 anziani presenti ogni 100 giovani in età 0-14.

Fino alla fine del primo decennio del 2000, il **tasso grezzo di natalità** si era mantenuto vicino al 10%°, per poi iniziare a scendere. Inizialmente un ingresso di popolazione straniera relativamente giovane e fortemente propensa alla natalità, aveva sostenuto maggiormente la medesima, mitigando nel contempo indirettamente il sopra citato "invecchiamento".



Dagli anni dell'incertezza economica, una minor propensione alla maternità sia straniera quanto autoctona, con la "fuori uscita" costante dal range dell'età feconda di grosse fette di donne italiane, a causa sia di coorti ristrette che di un comportamento volto a spingere sempre più avanti le età della maternità, si è determinato un calo generalizzato di questa, ormai sostenuta principalmente dalla componente straniera. Nel 2018, dopo 10 anni, il tasso di natalità a livello locale torna con un debole segno più in riferimento all'anno precedente. Anche in termini di valore assoluto il numero dei nati si riavvicina a zona 1.000 con 986 nati residenti.

Per quanto riguarda la **popolazione straniera**, dopo una quasi stagnazione registrata nell'ultimo biennio, vi è nuovamente dinamica migratoria in ingresso. Il numero dei residenti con cittadinanza non italiana, complessivamente a livello dei 10 comuni, tocca le 13.157 unità (residenti effettivi senza iscrizioni preliminari).



In termini percentuali, al 31/12/2018, il 10% circa dell'intera popolazione. I comuni con maggior incidenza risultano Casalfiumanese, Mordano e Borgo Tossignano, rispettivamente con il 12,5%, 12%, 11% dei propri residenti. Le etnie più rappresentative continuano ad essere nell'ordine: la romena, marocchina, albanese, ucraina e pakistana. Alcune specificità caratterizzano il territori comunali, come Mordano dove i cittadini rumeni risultano essere il 72% (402 su 562) sul totale degli stranieri, oppure Castel S. Pietro che sembra avere un forte richiamo verso i pakistani: il 38% a livello circondariale, risiede infatti nel Comune del Sillaro.

1.3 Organizzazione dell'Azienda

L'assetto organizzativo dell'AUSL di Imola trova nell'organizzazione dipartimentale il suo tratto saliente, con un forte orientamento all'integrazione funzionale e allo sviluppo di sinergie professionali e di interazione nell'ambito dell'Area Metropolitana e dell'Area Vasta di appartenenza. In tale ambito, particolare rilevanza assume l'attivazione di specifici Programmi interaziendali o a valenza interdipartimentale, quali soluzioni organizzative che garantiscono l'unitarietà delle attività su percorsi e aree di intervento che richiedono competenze specifiche appartenenti a strutture diverse. Il nuovo impianto, pertanto, integra l'organizzazione dipartimentale di tipo verticale con una contestuale organizzazione orizzontale, su ambiti specifici, idonea a garantire una logica di lavoro intersettoriale e interdisciplinare.

LA STRUTTURA DIPARTIMENTALE

A livello dipartimentale l'integrazione rende possibile l'utilizzo unitario, equilibrato ed efficiente delle risorse umane, tecnologiche, immobiliari e finanziarie a disposizione che, anche se appartenenti a segmenti organizzativi o soggetti diversi, assicurano la produzione ed il funzionamento ottimale dei servizi.

La mission dei dipartimenti è quindi incentrata sulla ottimizzazione di efficienza e flessibilità gestionale di alcune risorse critiche, sviluppando piattaforme polispecialistiche in grado di massimizzare il rendimento delle strutture di produzione tramite processi di servizio multidisciplinari e multiprofessionali.

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività con la finalità di assicurare una buona gestione amministrativa, economica e finanziaria, dando concreta attuazione alle politiche di governo clinico.

In riferimento all'assetto dipartimentale, comprende tre dipartimenti ospedalieri e tre dipartimenti territoriali:

- Dipartimento Emergenza-Accettazione (DEA)
- Dipartimento Medico-Oncologico (DiMO)
- Dipartimento Chirurgico (DiC)
- Dipartimento Cure Primarie (DCP)
- Dipartimento Sanità Pubblica (DSP)
- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP).

L'assetto dipartimentale si completa con il **Dipartimento Amministrativo e Tecnico** che comprende tutti i servizi di supporto in ordine alle principali funzioni amministrative (Contabilità e Finanza, Risorse Umane, Affari Legali, Supporto Amministrativo ai servizi sanitari) e tecnico-strutturali (Ingegneria biomedica, Tecnologie informatiche e di rete, Economato e logistica).

L'organizzazione strutturale dei Dipartimenti interagisce con le **aree funzionali**:

- Case della Salute in rapporto ai tre Dipartimenti territoriali (DCP, DSP, DSM-DP)
- Cure Intermedie in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DiMO, DiC) e alla Dipartimento Cure Primarie
- Area ambulatoriale, Area Bassa intensità, post – acuzie, riabilitazione, Area Critica in rapporto ai Dipartimenti Ospedalieri (DEA, DiMO, DiC).

Il nuovo assetto prevede, inoltre, **programmi dipartimentali/interdipartimentali**:

- Programma Anziani (afferenza Distretto)
- Programma Blocco Operatorio (afferenza DEA e CHIR)
- Programma Sicurezza Alimentare (afferenza DSP)
- Programma Psicologia Clinica e di Comunità (afferenza DSM e Direttore Sanitario).

L'assetto aziendale si completa con la riorganizzazione delle **Direzioni Tecniche**, che assumono una organizzazione in forma complementare all'assetto dipartimentale, garantendo trasversalità e contributi specifici ai Dipartimenti:

- Direzione Infermieristica e Tecnica
- Direzione Assistenza Farmaceutica
- Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.

Sono posizionate **in staff alla Direzione Strategica** le attività e funzioni relative alle aree di: Programmazione e Controllo direzionali; Informazione e Comunicazione; Formazione; Governo clinico e SPPA.

2. Executive Summary

L'anno 2018 per l'AUSL di Imola si caratterizza per l'impegno profuso, in continuità con l'anno precedente, sul fronte del riassetto organizzativo, sviluppo e qualificazione dell'attività erogata a favore dei cittadini, oltre che su azioni rivolte a garantire la sostenibilità dal punto di vista economico-finanziario.

L'obiettivo rivolto alla costruzione di una sanità in rete che permetta di fare interagire le varie strutture di un territorio, oltre l'ambito territoriale aziendale, al fine di perseguire migliori performance in termini di accessibilità, qualità delle cure ed efficiente impiego delle risorse, ha rappresentato uno degli obiettivi strategici di maggiore rilevanza.

Nei capitoli che seguono viene dato conto dei **risultati conseguiti dall'Azienda nell'anno 2018 in linea con gli obiettivi strategici assegnati al Direttore Generale dell'Azienda e declinati nel Piano della Performance per il triennio 2018-2020**. Gli obiettivi si inseriscono, pertanto, nell'ambito degli indirizzi ed orientamenti nazionali e regionali, derivano da indicazioni regionali su specifici ambiti e da scelte di livello locale condivise dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria locale.

L'AUSL di Imola, coerentemente alle indicazioni di cui alla delibera n. 3/2014 dell'OIV-SSR, ha strutturato le varie dimensioni della performance in relazione agli obiettivi strategici assegnati a livello di mandato all'atto dell'attribuzione dell'incarico alla Direzione Aziendale. Al fine di garantire una oggettiva valutazione della performance aziendale sono stati individuati un insieme di indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende, che permettono di misurare in maniera omogenea le varie Dimensioni/Aree della performance.

Nel presente documento viene riportata, in ordine alle varie dimensioni e aree della performance, la rendicontazione delle azioni realizzate e i risultati raggiunti nel corso dell'anno 2018.

In conclusione vengono riportati, in tabella, gli indicatori presenti su **InSiDER (Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna)** di riferimento con l'indicazione del risultato raggiunto nel 2018 e il posizionamento in ordine al target preventivato.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance, così come dettagliato dalla delibera OIV-SSR n. 3/2017, si articola per Dimensioni ed Aree, in riferimento alle quali vengono declinati gli obiettivi di mandato del Direttore Generale, come mostra la tabella che segue.

Dimensioni della performance		Obiettivi di mandato del Direttore Generale DGR n. 2042/2015
1	Dimensione di performance dell'utente	
1.1	Area dell'accesso	1.3 Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero 1.6 Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico (esclusa parte farmaceutica)
1.2	Area dell'integrazione	1.4 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale 1.8 Integrazione socio sanitaria
1.3	Area degli esiti	
2	Dimensione di performance dei processi interni	
2.1	Area della produzione	1.1 Riordino Assistenza ospedaliera 1.2 Consolidamento delle Cure Primarie, sviluppo Case della Salute, Integrazione Ospedale-Territorio 1.5 Attività di prevenzione e promozione della salute
2.2	Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	1.7 Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico 1.6 Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico (solo parte farmaceutica)
2.3	Area dell'organizzazione	2.2 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici delle Aziende 2.3 Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi 2.6 Adempimenti nei flussi informativi
2.4	Area dell'anticorruzione e della Trasparenza	
3	Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo	
3.1	Area della ricerca e della didattica	
3.2	Area dello sviluppo organizzativo	2.7 Valorizzazione del capitale umano
4	Dimensione di performance della sostenibilità	
4.1	Area economico-finanziaria	2.1 Rispetto dell'equilibrio economico finanziario e azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa 2.5 Governo delle risorse umane
4.2	Area degli investimenti	2.4 Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti

In particolare, i principali obiettivi perseguiti dall'azienda, che caratterizzano l'anno che si è concluso, riguardano:

Riordino dell'Assistenza Ospedaliera

Gli atti di programmazione regionale hanno previsto il completamento del riordino della rete ospedaliera in base alle indicazioni contenute nella DGR n. 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla L. 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal DM Salute n. 70/2015".

La Conferenza socio-sanitaria metropolitana ha istituito il Nucleo Tecnico di Progetto che il 25 Giugno 2018 ha rilasciato il Rapporto conclusivo sulle "Forme di integrazione nell'Area Metropolitana di Bologna".

Nelle more dell'implementazione delle reti cliniche da parte della CTSS, nell'ambito della programmazione sanitaria alla stessa assegnata, l'Azienda ha mantenuto l'impegno al consolidamento e miglioramento degli standard relativi all'assistenza ospedaliera. Si riporta al paragrafo 5.1 Riordino assistenza ospedaliera gli indicatori di assistenza ospedaliera, con i risultati e standard, nonché i progetti avviati nel 2018.

Reti cliniche integrate, di cui alla DGR 2040/2015

Al fine di valorizzare la risposta ai cittadini attraverso l'erogazione di prestazioni multidisciplinari complesse e di qualità e favorire l'integrazione e la valorizzazione delle professionalità, l'Azienda ha proseguito nello sviluppo del modello organizzativo delle reti cliniche integrate.

Nel corso degli ultimi anni l'AUSL di Imola ha avviato progetti di sviluppo di integrazione di funzioni e attività in sede metropolitana, approvate dalla CTSS, secondo modelli di gestione interaziendali, anche in collaborazione con Alma Mater Studiorum – UNIBO, e/o collaborazioni nell'ambito delle reti Hub & Spoke.

L'obiettivo è quello di pervenire al riassetto complessivo delle reti di rilievo regionale parallelamente alla ridefinizione del quadro più ampio della rete ospedaliera regionale.

L'esercizio 2018 ha visto l'avvio e la progressiva attuazione dei seguenti **Accordi di integrazione** mediante **gestione interaziendale** delle attività:

- Chirurgia Generale in collaborazione e a direzione AUSL di Bologna.
- Chirurgia della Mammella in collaborazione con l'AOU di Bologna, a direzione universitaria.
- Chirurgia Vascolare in collaborazione con l'AUSL di Bologna e l'AOU di Bologna, a direzione universitaria.
- Genetica Medica in collaborazione con l'AOU di Bologna, a direzione universitaria.
- Urologia, in collaborazione con l'AUSL di Bologna, a direzione AUSL di Imola.
- Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica ad attività integrata (DIAP) in area Metropolitana, con l'attuazione di specifici progetti di centralizzazione delle seguenti linee di attività, in concomitanza con l'aggiornamento tecnologico delle attrezzature:
 - Centralizzazione degli allestimenti di Istologia, presso l'AUSL di Bologna.
 - Centralizzazione degli allestimenti di Citologia, concentrati presso l'AUSL di Imola.

In sintesi, il novero delle collaborazioni realizzate dall'AUSL di Imola in ambito sanitario, oltre alle soprarichiamate gestioni interaziendali, sotto forma di **reti cliniche integrate** e rapporti **Hub & Spoke**, comprende:

- La rete clinica instaurata con l'Istituto Ortopedico Rizzoli, per l'implementazione presso il Blocco Operatorio di Imola di interventi specialistici di chirurgia della spalla e di chirurgia orto-pediatrica.
- La collaborazione con l'Università di Bologna per la formazione di medici specializzandi in Urologia e in Chirurgia generale.
- La collaborazione con l'AUSL di Bologna per le attività specialistiche di:
 - Valutazione Neurochirurgica e Neuroradiologica e per l'attività di lettura e refertazione delle mammografie in screening.
 - Integrazione del Servizio Trasfusionale nell'ambito del Trasfusionale Unico Metropolitano (TUM).
 - Adesione al Laboratorio Unico Metropolitano (LUM) attraverso il quale si realizza la concentrazione delle produzioni laboratoristiche per tutte le prestazioni di Patologia clinica, che opera attraverso la propria sede Hub e il Laboratorio Spoke Imola con funzionamento H.24 a copertura delle esigenze ospedaliere interne e dell'emergenza-urgenza.
 - Centralizzazione diluizione farmaci citotossici presso l'UFA del Bellaria.

- La collaborazione con l’Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna per le attività specialistiche di:
 - Chirurgia plastica, Neurologia pediatrica
 - Fisica sanitaria, Infettivologia, Anestesiologia
 - Adesione al Laboratorio Unico Metropolitano per la concentrazione della produzione di laboratorio per il settore Microbiologia afferente all’AOU quale sede Hub.
- La collaborazione con l’Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara per la concentrazione presso il Laboratorio per l’AVEC – sezione di Citodiagnostica dell’UO di Anatomia Patologica dell’AOU di Ferrara - della determinazione HPV, quale test primario nell’ambito dei percorsi di prevenzione del carcinoma della cervice.

Miglioramento dei processi, di cui alla DGR 1827/2017

Ai sensi della DGR 1827/2017 recante “Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso della Regione Emilia Romagna” l’AUSL di Imola ha redatto il Piano di Gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso, definendo soglie di criticità e conseguenti modalità di risposta modulate sul livello di criticità rilevata coinvolgendo tutte le risorse dell’assistenza ospedaliera e territoriale interessate.

L’operatività del Piano ha costituito un obiettivo da presidiare il cui coordinamento è a cura del Team aziendale Bed Management composto da Bed Manager, Direttore del Presidio Ospedaliero, Direttore del Pronto Soccorso - DEA, Direttore del Servizio Infermieristico e Tecnico, Responsabile delle Cure Primarie e delle Cure Intermedie. Si rimanda a tal proposito al capitolo 3 “Area dell’accesso”, paragrafo 5.3 “Attività di prevenzione e promozione della salute”).

Miglioramento dei livelli di appropriatezza, di cui alla DGR 919/2018

Nell’ambito dell’appropriatezza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto, la DGR 919/2018 richiama il rispetto del “Rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario”, compreso fra gli indicatori LEA, il cui valore atteso regionale era posto < 0,21 (21%) negli anni 2016 e 2017, mentre nel 2018 tale rapporto viene richiesto < 0,19 (<19%).

La performance dell’AUSL di Imola risulta a livello complessivo in linea con il valore atteso nel 2016 (0,21), incrementa nel 2017 (0,22) e nel 2018 risulta pari a 0,23 (InSiDER IND0216).

In specifico, la programmazione regionale ha previsto il perseguimento dell’appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche, in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza mediante l’individuazione ed il monitoraggio di percorsi specifici alternativi al ricovero in qualità di setting più appropriati (day hospital o ambulatoriale).

In riferimento agli esiti specifici si rimanda al paragrafo 3.2 “Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero e specialistico”).

3. Area dell'accesso

3.1 Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero

Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

L'AUSL di Imola ha mantenuto l'impegno, avviato da anni, di garantire tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali attraverso l'utilizzo sistematico degli strumenti indicati a livello regionale (DGR 1056/15). Per il 2018 si è prestato particolare impegno rispetto:

- al miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva (corretta indicazione sul quesito diagnostico, nota per condizione/indicazione e classe di priorità) per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali anche in applicazione del DPCM sui LEA del 12/1/2017.
- all'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti (rispetto al totale delle prescrizioni) che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al medico di medicina generale.

Pertanto, per l'anno 2018, si sono perseguiti gli obiettivi sotto specificati.

Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard.

Indicatore e target: Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte cruscotto regionale): obiettivo $\geq 90\%$.

Durante il 2018 e in tutte le singole settimane, il volume complessivo delle prenotazioni relative alle prestazioni monitorate si è mantenuto entro i 30 – 60 – 90 gg come da standard per una percentuale $\geq 90\%$. Anche la percentuale delle prenotazioni per singola prestazione nella maggioranza delle rilevazioni si è mantenuta entro tale standard (fonte MAPS).

Si riportano di seguito gli indicatori elaborati tramite il cruscotto INSIDER (IND0319 e IND0320):

- IND0319 Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg: 90,66%.
- IND0320 Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg: 97,34%.

Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative.

In riferimento alle mancate presentazioni all'appuntamento da parte dell'utente, rispetto alle quali era atteso un obiettivo di riduzione nel 2018 rispetto al 2017, la riduzione delle mancate presentazioni o tardive disdette risulta davvero minima nel confronto tra i due anni elaborati. La Regione stava valutando di variare l'obiettivo da raggiungere, perché tutte le AUSL hanno espresso difficoltà nel gestire un percorso così complesso. In merito alle prescrizioni e prenotazioni dei controlli da parte dello specialista e della struttura che ha in carico il paziente (Numero prescrizioni di visite di controllo effettuate dal medico specialista / totale delle prescrizioni delle visite di controllo \geq valore 2017) si riporta l'andamento dell'indicatore elaborato tramite il cruscotto INSIDER: (IND0715) N. di prescrizioni effettuate dal medico specialista (differenza % rispetto all'anno precedente) - Visite di controllo: -1,15%. Il risultato evidenzia che non c'è stato un miglioramento, pertanto sarà necessario attuare per il 2019 una strategia di miglioramento e facilitazione alla presa in carico da parte degli specialisti.

Per quanto riguarda l'obiettivo sulla prenotazione WEB (Numero visite e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB rispetto al numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP: obiettivo $\geq 80\%$) la Regione ha individuato nell'ambito del Catalogo prescrivibile un pannello di 538 prestazioni. Presso l'AUSL di Imola di queste 538, attualmente sono prenotabili online 281, tramite Fascicolo Sanitario Elettronico. 88 non sono state inserite in quanto non erogabili dall'Azienda per mancanza di disciplina/strumento e 169 dovranno esser inserite in prenotazione o come nota esplicativa del percorso di accesso. L'AUSL di Imola, in aggiunta al pannello di prestazioni regionale, a partire dal 2017 ha reso prenotabili online anche gli esami di Laboratorio (prenotazioni che hanno numeri molto elevati), nonchè le certificazioni della Sanità Pubblica (patenti, porto d'armi, corsi alimentaristi), alcune vaccinazioni e le visite per l'idoneità sportiva agonistica.

Nelle tabelle che seguono vengono rappresentati, relativamente ai **trimestri 2018** e per ogni singola prestazione monitorata, gli **indici di performance** in riferimento agli standard regionali (**Fonte MAPS**): 30 gg per visite e 60 gg per diagnostica. Per ciascuna prestazione monitorata il colore verde indica che le prenotazioni risultano uguali o maggiori al 90% del totale; il colore giallo indica che le prenotazioni sono comprese tra 60-89%; il colore rosso indica che le prenotazioni sono minori del 60% sul totale delle prenotazioni.

Monitoraggio tempi d'attesa RER - Prestazioni specialistiche ambulatoriali di PRIMO ACCESSO: VISITE	GENNAIO - MARZO 2018		APRILE - GIUGNO 2018		LUGLIO - SETTEMBRE 2018		OTTOBRE - DICEMBRE 2018	
	Numero Prenotazioni	Indice di performance	Numero Prenotazioni	Indice di performance	Numero Prenotazioni	Indice di performance	Numero Prenotazioni	Indice di performance
01 Visita Oculistica	1.556	81%	1.355	95%	1.787	100%	849	100%
02 Visita Urologica	682	100%	638	99%	622	100%	715	77%
03 Visita Fisiatrice	683	100%	709	100%	624	100%	752	100%
04 Visita Endocrinologica	309	98%	289	73%	321	100%	411	60%
05 Visita Neurologica	597	69%	562	69%	531	99%	609	99%
06 Visita Ortopedica	1.270	100%	1.171	100%	1.130	100%	1.127	89%
07 Visita Oncologica	34	100%	47	100%	41	100%	38	100%
08 Visita Cardiologica	1.043	100%	807	99%	682	74%	937	72%
22 Visita Ginecologica	304	94%	413	100%	443	100%	499	100%
23 Visita Dermatologica	1.742	100%	1.399	100%	1.549	100%	1.148	80%
24 Visita Otorinolaringoiatrica	1.030	87%	952	97%	1.340	97%	924	94%
25 Visita Chirurgia Vascolare	0	0	1	100%	0	0	0	0
40 Visita Gastroenterologica	574	100%	482	99%	456	97%	520	55%
41 Visita Pneumologica	433	47%	371	32%	409	27%	451	32%
47 Visita Diabetologica	0	0	0	0	1	100%	0	0
48 Visita ostetrica	3	33%	0	0	0	0	1	100%
50 Visita Senologica	78	100%	80	100%	85	100%	99	100%
totale	10.338	91,6%	9.276	93,2%	10.021	94,6%	9.080	82,9%

Monitoraggio tempi d'attesa RER - Prestazioni specialistiche ambulatoriali di PRIMO ACCESSO: PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	GENNAIO - MARZO 2018		APRILE - GIUGNO 2018		LUGLIO - SETTEMBRE 2018		OTTOBRE - DICEMBRE 2018	
	Numero Prenotazioni	Indice di performance	Numero Prenotazioni	Indice di performance	Numero Prenotazioni	Indice di performance	Numero Prenotazioni	Indice di performance
09 Colonscopia	503	78%	514	98%	449	100%	533	100%
10 EMG	307	90%	215	99%	184	100%	238	100%
11 Ecocolor Doppler	2.099	100%	1.825	100%	1.444	100%	1.935	100%
12 Ecografia Addome	1.774	99%	1.560	99%	1.689	99%	1.825	100%
13 Gastrosocopia	276	100%	280	100%	216	100%	251	100%
14 TAC del Capo	157	100%	146	100%	122	100%	164	100%
15 TAC Addome	108	100%	108	100%	97	94%	118	67%
16 RMN Cerebrale	286	100%	260	100%	242	100%	302	100%
17 RMN Addome	86	80%	80	100%	94	100%	90	100%
18 RMN della Colonna	383	99%	408	92%	403	100%	428	99%
26 TAC Rachide e Speco Vertebrale	59	100%	50	100%	56	100%	64	100%
27 TAC Bacino	8	100%	10	100%	6	100%	12	100%
28 TAC Torace	160	100%	140	100%	143	92%	152	89%
29 Ecografia Mammella	17	100%	20	100%	15	100%	16	100%
34 Ecocolor Doppler Cardiac	991	86%	803	99%	707	100%	889	92%
35 Elettrocardiogramma	434	100%	293	100%	407	100%	463	100%
36 Elettrocardiogramma Holter	193	89%	225	96%	296	100%	243	99%
37 Audiometria	465	100%	382	100%	418	100%	485	100%
38 Spirometria	381	64%	308	43%	201	81%	303	73%
39 Fondo Oculare	209	100%	167	100%	128	100%	161	100%
42 Mammografia	292	100%	256	100%	263	100%	249	100%
43 Ecografia capo e collo	853	98%	737	96%	721	96%	814	100%
44 Ecografia ostetrica e ginecologica	361	100%	408	100%	378	100%	474	100%
45 ECG da sforzo	205	100%	151	100%	136	100%	187	96%
46 RM muscoloscheletrica	739	100%	679	100%	620	100%	740	100%
totale	11.346	95,7%	10.025	97,2%	9.435	99,0%	11.136	97,9%

Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero (DGR 272/2017)

Al fine di garantire il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti con le indicazioni regionali (Circolare 7/2017 e nota PG 2017/0720985 del 16/11/2017), nel mese di maggio 2017 tutti i Direttori/Responsabili di UO chirurgica hanno formalizzato alla Direzione Sanitaria i criteri di assegnazione dei casi alle classi di priorità e hanno ricevuto mandato di monitorare il rispetto delle indicazioni fornite da parte dei propri collaboratori. Nel mese di novembre 2017 (Nota Direzione Sanitaria prot. N. 35920 del 25/11/2017) sono state implementate le indicazioni del panel regionale di professionisti in merito ai criteri di assegnazione delle priorità per l'inserimento in lista degli interventi per tumore maligno della prostata.

Grazie al perfezionamento di un cruscotto informatizzato per il monitoraggio prospettico dei Tempi di attesa è stata garantita la convocazione programmata dei casi per score di priorità (classe di priorità/giorni di attesa dall'inserimento) dalla fase preoperatoria alla predisposizione delle liste operatorie.

Si è inoltre ottemperato alle indicazioni fornite sulla rendicontazione periodica relativa al progressivo esaurimento della casistica inserita in lista di attesa prima del 31/12/2017 (Nota PG 93684 del 9/2/2018), casistica esaurita ad ottobre 2018.

Nel corso del 2018 è stato approntato un piano di smaltimento dei casi in lista di attesa che garantisca, da un lato l'esaurimento dei casi già fuori tempo, dall'altro il rispetto dei tempi massimi di attesa per i nuovi pazienti inseriti in corso d'anno. Partendo dalla stima della produzione necessaria al raggiungimento dell'obiettivo, si è ricorso ad impiego ottimale delle piattaforme logistiche con utilizzo su 6 giorni, alla programmazione delle sale operatorie sviluppata sulla consistenza/criticità delle liste di attesa e alla finalizzazione delle attività riconosciute come attività aggiuntiva (SIMIALP) per miglioramento dei tempi di attesa. L'aumento della produzione così ottenuto ha consentito di migliorare notevolmente la performance aziendale, come illustrato nella tabella sintetica del monitoraggio indicatori riportata di seguito.

La gestione delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero chirurgico programmato è completamente informatizzata a livello aziendale grazie all'adozione di applicativo informatico dedicato alla gestione delle prenotazioni. Si è garantita la completa alimentazione del flusso informativo SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa) con aggiornamento del Nomenclatore 2018 al fine di consentire il monitoraggio dei tempi di attesa a livello Regionale. E' altresì garantito il controllo delle sospensioni e del rinvio degli interventi programmati al fine di monitorare il tempo di attesa al netto dei periodi di indisponibilità dell'utente.

Nel novembre 2017 le Aziende sanitarie dell'Area Metropolitana di Bologna (AUSL Imola, AUSL Bologna, AOSP Bologna, IOR) hanno istituito il Coordinamento unico metropolitano dei Responsabili Unici dell'accesso (IOR nota prot. N. PG0010297/2017) che ha elaborato e implementato a livello locale il "Regolamento Unico per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri programmati chirurgici" (AUSL BO prot.n.15269/2018). L'obiettivo del documento è quello di uniformare la gestione delle liste di attesa in previsioni di futuri accordi di rete tra le aziende finalizzati alla riduzione delle liste di attesa nelle aree più critiche e al contempo di garantire equità di accesso e trasparenza sia a livello locale che metropolitano.

In merito alle azioni di controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale, anche nel 2018 è stato condotto un monitoraggio a campione semestrale per ogni lista di attesa al fine di rilevare eventuali differenze significative tra ricoveri originati da visita ambulatoriale istituzionale vs LP e corrette eventuali criticità rilevate. La produzione dei report rientra altresì negli obblighi di monitoraggio del Piano Aziendale Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPCT 2017-2019 Del. DG 20/2017). La percentuale dei ricoveri chirurgici erogati in regime di libera professione sul totale ricoveri chirurgici programmati per l'anno 2018 è pari a: 1%.

Secondo quanto previsto dalle linee guida regionali (Circolare 5 PG/2018/0367946) sono state recepite le indicazioni in merito alla omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione peri-operatoria del paziente. Detti percorsi sono in corso di informatizzazione sugli applicativi gestionali aziendali. La comunicazione e l'informazione all'utente in lista di attesa è puntualmente garantita dagli operatori sanitari dei Punti di accesso aziendali.

INDICATORE	TARGET	RISULTATO
Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda		
Per i tumori: casi entro 30gg	≥90%	97,9%
Per le protesi d'anca: casi entro 180gg	≥90%	96,7%
Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: casi entro la classe di priorità assegnata	≥90%	85,5%
Corretta alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 1.1.2018) Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA	100%	100%
Esaurimento della casistica inserita in SIGLA (vecchio tracciato record) prima del 31/12/2017	≥90%	100%
Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione	100%	90%

3.2 Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero e specialistico

Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero (DGR 2040/2015)

Gli atti di programmazione regionale hanno previsto il completamento del riordino della rete ospedaliera in base alle indicazioni contenute nella DGR n. 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla L. 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal DM Salute n. 70/2015".

In applicazione dei parametri dettati dalla DGR è prevista una riduzione di 225 Posti Letto nell'Area Metropolitana di Bologna (rispetto alla dotazione al 1 settembre 2015). Gli indirizzi e le azioni avviate in ordine a tale obiettivo prevedono un efficientamento dell'attività ospedaliera, nell'ambito di una nuova programmazione metropolitana sulla base di linee di programmazione già individuate ed avviate, con particolare riferimento, da una parte alla conversione in regime ambulatoriale di attività in precedenza erogate in Day hospital, Day Surgery e di ricoveri programmati 0-1 giorno, e dall'altra attraverso l'introduzione di modelli organizzativi innovativi, che vedono, attraverso lo sviluppo di percorsi maggiormente orientati all'intensità di cura, la riorganizzazione dell'area post-acuzie con la conversione di PL post-acuti in tipologie di assistenza territoriale attraverso il potenziamento della rete delle cure intermedie.

Il Presidio Ospedaliero di Imola presenta una dotazione di posti letto al 31.12.2018 pari a n. 318, di cui: 301 PL ordinari e 17 PL DH/DS, sono infine presenti 26 posti letto di lungodegenza.

Sono, inoltre, attivi presso la Casa della Salute/Ospedale di Comunità di CSPT 21 PL residenziali di cure intermedie e 12 PL di Hospice. Nel territorio Imolese incide inoltre la struttura ospedaliera di riabilitazione di Montecatone con 150 PL ordinari 8 PL di DH.

Nell'ambito delle azioni di riorganizzazione della rete ospedaliera, sulla base della programmazione definita dalla CSST a livello metropolitano nel 2017 e proseguita nel 2018, si sono avviati diversi progetti:

1. Del. DG n. 269/2017 "Approvazione dell'atto di intesa tra l'AUSL di Imola e l'Alma Mater Studiorum-UNIBO di Bologna e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e approvazione del conseguente accordo fra l'AUSL di Imola e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna per lo sviluppo delle funzioni di chirurgia senologica", finalizzato a disciplinare la conduzione unificata in forma interaziendale delle funzioni e attività di Chirurgia senologica, secondo il "Progetto di Integrazione delle funzioni di Chirurgia Senologica tra AOU di Bologna e AUSL Imola".
2. Del. DG n.282 del 24/12/2018 relativa al "Rinnovo dell'Accordo fra l'Azienda USL di Imola e l'Azienda USL di Bologna per lo sviluppo dell'integrazione organizzativa nell'ambito della rete clinica di Chirurgia Generale di area metropolitana", con la quale viene definito l'assetto organizzativo della Chirurgia Generale.
3. Del. DG n. 145/2017 "Presenza d'atto e recepimento dell'accordo fra l'Azienda USL di Imola e l'Azienda USL di Bologna per lo sviluppo della rete urologica di Area metropolitana".
4. Del. DG n. 10/2018 "Accordo convenzionale fra l'Istituto Ortopedico Rizzoli e l'AUSL di Imola per lo sviluppo della funzione ortopedica per l'anno 2018-Approvazione e provvedimenti conseguenti" (ambiti di intervento Ortopedia pediatrica e Chirurgia della spalla).

Rispetto degli indicatori di esito, di cui al DM 70/2015 e DGR 2040/2015

Si riportano di seguito gli andamenti degli indicatori di esito di cui al DM 70/2015 e DGR 2040/2015, per i quali l'Azienda mantiene il presidio e gli interventi di miglioramento.

1) Frattura femore: percentuale di interventi chirurgici effettuati entro 48 ore su pazienti over 65 anni con frattura femore.

2) Colectomia: proporzione di colectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni.

3) Maternità: percentuale di tagli cesari primari.

Si riportano, nella tabella che segue, gli indicatori sopra elencati con i relativi esiti registrati unitamente al valore standard atteso.

INDICATORI DI ESITO DM 70/2015 e DGR 2040/2015	TARGET REGIONALE	2015	2016	2017	2018
Frattura di femore: % di interventi effettuati entro 48h (InSiDER IND0631)	>= 70%	91,28%	84,15%	90,77%	91,75%
Colectomia laparoscopica: % di interventi con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (InSiDER IND0630)	>= 75%	57,81%	67,92%	56,76%	76,30%
Tagli cesarei primari: % di interventi in maternità di I livello o comunque con <1000 parti (InSiDER IND0633)	<=15%	21,05%	21,03%	20,67%	21,53%

Miglioramento dei livelli di appropriatezza, di cui alla DGR 830/2017

In applicazione della DGR 463/2016, l'AUSL di Imola si è dotata di un piano-programma aziendale che prevede il trasferimento, in regime ambulatoriale, dei DH oncologici; il percorso di conversione è stato operativamente avviato a partire dal 23/11/2016 e poi completato entro l'anno. Dal 01/01/2017, quindi, il 100% dei DH oncologici sono stati trasferiti in regime ambulatoriale. Anche per il 2018 il 100% dei Trattamenti Oncologici sono stati eseguiti nel regime di Day Service Ambulatoriale.

Nell'ambito degli indicatori di efficienza, la DGR 919/2018 richiama il rispetto del "Rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario", compreso fra gli indicatori LEA, il cui valore atteso è <0,19 (<19%).

In particolare, la DGR 919/2018 fissa come obiettivo per il 2018 una riduzione per ciascun DRG chirurgico a rischio di inappropriatazza $\geq 25\%$ rispetto al valore registrato nel 2017.

Il risultato rilevato per l'AUSL di Imola si attesta a 0,23 (fonte INSIDER 2018) a fronte del valore pari a 0,22 nell'anno 2017. Si riporta di seguito il trend dei DRG chirurgici oggetto di monitoraggio (Fonte data base aziendale, dati aggiornati a dicembre 2018):

- DRG 008 C Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC, con esclusione dei pazienti sottoposti a Gamma Knife. 2017: 12 e 2018: 15 (var. 25%).
- DRG 158 C Interventi su ano e stoma senza CC. 2017: 86 e 2018: 93 (var. 8%).

- DRG 160 C Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età >17 anni senza CC. 2017: 42 e 2018: 74 (var. 76%).
- DRG 503 C Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione. 2017: 128 e 2018: 117 (var. -8,6%).
- DRG 538 C Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC. 2017: 48 e 2018: 42 (var. -12,5%).

A fronte del dato registrato, sono state intraprese specifiche azioni di rientro:

- separazione delle sedi di erogazione delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale e in regime di day surgery (le prime effettuate esclusivamente presso il blocco operatorio di Castel San Pietro Terme, le seconde effettuate solo presso lo stabilimento ospedaliero di Imola) da Dicembre 2018;
- individuazione di un'area di day surgery per osservazione post chirurgica polispecialistica con 9 PL presso lo stabilimento di Imola (da Luglio 2018);
- definizione del percorso di preparazione all'intervento e ricovero presso lo stabilimento di Imola (procedura "Percorso paziente operando per day surgery Ospedale di Imola"), con condivisione di protocolli terapeutici per la gestione del dolore post operatorio a domicilio e perfezionamento di tecniche anestesologiche mirate al recupero funzionale del paziente entro l'orario di dimissione (es. anestesia tronculare) da Gennaio 2019;
- ridefinizione dell'ordine di processazione degli interventi nella seduta operatoria, con priorità della casistica in regime diurno in modo da favorire la dimissibilità in giornata del paziente;
- creazione di reportistica di monitoraggio ad hoc per consentire la verifica in tempo reale delle codifiche di diagnosi e intervento utilizzate nella SDO, risultate in alcuni casi non idonee al caso trattato e incongruenti con le giornate di degenza effettivamente consumate (da Marzo 2019).

In merito ai DRG medici oggetto di monitoraggio, si apprezza nel 2018 rispetto all'anno precedente:

- Variazione % del tasso di ospedalizzazione per 100.000 per DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva pari a -24,96% (INSIDER IND0726 2018) e una variazione percentuale ricoveri pari a -26,45% (INSIDER IND0649 2018).
- Variazione % del tasso di ospedalizzazione per 100.000 per DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale pari a -19,51% (INSIDER IND0727 2018) e una variazione percentuale ricoveri pari a -16,3% (INSIDER IND0652 2018).
- Rispetto all'efficiente utilizzo dei posti letto, l'Indice Comparativo di Performance (ICP) (che permette di valutare l'efficienza operativa dei reparti, o discipline, afferenti alle strutture di ricovero in termini di degenza media, standardizzata per il case-mix, rispetto a specifici valori di riferimento, ottenuti considerando l'intera casistica regionale suddivisa per disciplina di dimissione) nel 2018 è stato pari a 1,22.

4. Area dell'integrazione

4.1 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale

Le Case della Salute e la Medicina di iniziativa

Nel territorio dell'AUSL di Imola sono presenti già dal 2013 le Case della Salute (CdS) di Castel S. Pietro Terme (CSPT) e Medicina che operano in coerenza con gli indirizzi strategici e le indicazioni realizzative e di organizzazione funzionale fornite dalla Regione Emilia-Romagna con la DGR 291/2010. Si devono ancora implementare nel territorio locale le indicazioni regionali della DGR 2128/2016 per le quali l'azienda ha attivato confronti e condivisioni con la Medicina Generale.

Al fine di diffondere la cultura del lavoro di equipe ed i modelli organizzativi multiprofessionali e interdisciplinari tra gli operatori delle Case della Salute, è stato promosso nel 2018 il corso di formazione regionale CasaLab, al quale hanno partecipato professionisti afferenti alle Cure Primarie, al Dipartimento Salute mentale e ai servizi sociali. Alcuni professionisti hanno inoltre partecipato a corsi al fine di ottenere competenze specifiche per promuovere, facilitare, accompagnare i processi partecipativi di cambiamento al fine di favorire corretti stili di vita, utilizzando il metodo del counseling motivazionale, colloquio motivazionale breve. Alcuni infermieri delle Case della Salute hanno partecipato al corso regionale di preparazione per conduttori al trattamento terapeutico individuale e di gruppo dei tabagisti per promuovere corretti stili di vita nelle Case della Salute.

Relativamente agli obiettivi di cui alla DGR 919/2018: Numero Case della Salute con referente organizzativo/Numero delle Case della Salute attive (100%) e Numero Case della Salute hub con board gestionale-organizzativo/Numero delle Case delle Salute hub attive (100%): con deliberazione del DG n. 11 del 2.2.2015 è stato individuato e nominato un unico referente organizzativo ed un unico board gestionale per entrambe le Case della Salute di Castel San Pietro e Medicina.

In riferimento all'attivazione Case della Salute programmate nel 2018 è stato costituito il gruppo di lavoro funzionale alla attivazione della Casa della Salute della Vallata del Santerno, con sede a Borgo Tossignano, ristrutturata con fondi europei destinati alle zone rurali. La CdS della Vallata del Santerno è stata inaugurata e attivata il 19 gennaio 2019. Si rileva altresì che in ognuna delle Case della Salute di CSPT e Medicina è attivo l'ambulatorio infermieristico.

Lo sviluppo della presa in carico e della cronicità secondo l'approccio della medicina di iniziativa - in coerenza con linee guida e percorsi diagnostico terapeutici condivisi con la componente medica e specialistica, con il coinvolgimento diretto della componente infermieristica e la stratificazione degli interventi per severità e intensità assistenziale - è attiva nell'AUSL di Imola dal 2014 sia presso la sede inter-nucleo dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) di Imola che presso la Case della Salute (CdS) di Castel S. Pietro Terme e Medicina.

La popolazione eleggibile include soggetti deambulanti e non istituzionalizzati, ad elevata vulnerabilità sanitaria e sociale, con elevati livelli di dipendenza, di multimorbosità e di utilizzo dei servizi (storia di ricoveri ripetuti, accessi multipli in Pronto Soccorso, polifarmacoterapia) affetti da malattie respiratorie croniche (BPCO oppure pazienti in ossigenoterapia) e malattie cardiovascolari (scompenso cardiaco).

Sono stati arruolati per il percorso anche i pazienti con diabete mellito "complessi" (diabetici con multimorbidità, polifarmacoterapia, eventuale vulnerabilità socio-sanitaria e/o frequente utilizzo dei servizi). Si è mantenuto la figura dell'infermiere case-manager dell'ambulatorio che si assume la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza ai pazienti durante la loro presa in carico territoriale pianificando, in collaborazione con il MMG, il trattamento per soddisfare i bisogni di tali pazienti sia in ambito sanitario che sociale. Associazioni e rappresentanti dei cittadini sono coinvolti nello spettro di possibilità assistenziali/attività proposte ai pazienti in carico, in particolare sulla promozione di stili di vita sani.

Dal lato del MMG la presa in carico del paziente cronico complesso ha previsto l'utilizzo di due diversi modelli organizzativi, ovvero l'inserimento di questa attività all'interno del modello di Continuità Assistenziale Diurna per i N.C.P. imolesi mentre per i restanti N.C.P. delle Case della Salute di Castel San Pietro Terme e Medicina, gli orari di attività sono aggiuntivi. In entrambi i casi la presa in carico multi professionale è effettuata salvaguardando il rapporto fiduciario MMG-assistito.

Si registra che nelle Case della Salute di CSPT-Medicina vi sono gli ambulatori infermieristici della cronicità che hanno attivato la presa in carico multiprofessionale dei pazienti cronici, in collaborazione con i MMG. Inoltre, nell'ambito del progetto di formazione RER CasaLab attivato nel 2018 e che prosegue nel 2019, è stato elaborato il progetto di presa in carico multiprofessionale del paziente psichiatrico con comorbidità, in collaborazione con i MMG, DSM e ASP in un'ottica di integrazione multiprofessionale.

Ad agosto 2018 è stato siglato un accordo integrativo locale con i medici di assistenza primaria che recepisce lo strumento regionale dei "Profili di Rischio (Risk-ER)" quale criterio di selezione dei pazienti candidabili agli ambulatori della cronicità collocati nelle CdS di Castel San Pietro, Medicina, nella sede inter-nucleo di Imola e presso la futura CdS della Vallata del Santerno, con l'intento di integrare l'attuale modello di presa in carico con le nuove indicazioni regionali. Si ritiene raggiunto pertanto l'obiettivo di dare avvio all'utilizzo dei Profili di Rischio con il supporto del Servizio Assistenza Territoriale.

In riferimento all'aderenza aziendale alla terapia farmacologica per i pazienti affetti da BPCO (Fonte: Profili NCP) (> valore 2017). Per i pazienti eleggibili afferenti all'AUSL di Imola, la prescrizione continuativa in tutti i trimestri dei farmaci della classe R03 viene effettuata nel 27,2% dei casi contro il 27% della RER.

In merito al Sistema informativo delle Case della Salute continua la raccolta sistematica delle informazioni sull'organizzazione delle Case della Salute e sui servizi in esse attivi e rendicontati nel Sistema informativo Case della Salute Regionale (nota Aziendale protocollo nr. 0028886 del 22/9/2017).

Ospedale di Comunità OS.CO. e Hospice Territoriali

Presso l'AUSL di Imola è attivo, da aprile 2014, l'Ospedale di Comunità (Os.Co.) di Castel San Pietro Terme, dotato di 21 posti letto ed ubicato all'interno della Casa della Salute, dove trova collocazione anche l'Hospice Territoriale (HT). La responsabilità assistenziale, gestionale e organizzativa dell'Os.Co. è attribuita ad un Dirigente delle professioni sanitarie che è anche Responsabile delle CdS di Castel san Pietro e Medicina. L'assistenza medica è garantita in alcune fasce orarie definite (dal lunedì al venerdì diurno) da una équipe multidisciplinare (internistico/geriatrica, palliativistica, sanità pubblica e cure primarie) in modo integrato fra Os.Co. e H.T.; la copertura dell'assistenza medica nelle fasce orarie notturne, sabato, prefestivi e festivi è affidata al Servizio di Continuità assistenziale che agisce su chiamata del personale infermieristico. Nelle

restanti fasce orarie è il personale infermieristico che garantisce la continuità assistenziale e agisce in caso di urgenza/emergenza clinica su procedure definite.

Relativamente agli obiettivi di cui alla DGR 919/2018, si evidenzia che secondo il modello organizzativo in essere presso l'Os.Co. di CSPT, il ricovero viene proposto nel 90% dei casi dal medico ospedaliero a cui segue la valutazione multidimensionale effettuata dall'equipe dell'Os.Co. al fine di valutare l'idoneità all'ingresso del paziente e viene redatto al 100% i PAI congiuntamente ai pazienti-caregiver.

La Degenza media in Ospedale di Comunità ha come obiettivo ≤ 20 giorni DM70/2015: secondo il monitoraggio del relativo flusso SIRCO la degenza media dell'Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme risulta essere di 20.3 giorni nel 2018.

Si riporta di seguito in tabella la sintesi dei volumi e i dati di efficienza relativi al 2017 e 2018 che mostrano un leggero decremento di casi trattati e di giornate di degenza in SRCI, pur mantenendo valori stabili in termini di degenza media con un aumento del tasso di occupazione.

OSPEDALE DI COMUNITA' CSPT (SRCI)	2017	2018	Var. ass.	Var. %
Posti letto	21	21	0	0,0%
Posti letto medi	20,1	18,1	-2	-10,0%
Casi trattati	345	317	-28	-8,1%
Degenza media	19,8	20,3	1	2,5%
Giornate di degenza	6.827	6.449	-378	-5,5%
Tasso occupazione media	93,0%	97,8%	0,05	5,2%

L'Hospice, collocato all'interno della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme, è dotato di 12 Posti Letto. Assistenza intermedia a gestione infermieristica è rivolta a soggetti in fase terminale che non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio con cure palliative. La tabella mostra un incremento di casi trattati a fronte di un calo di giornate di degenza. Per quanto riguarda gli indicatori di efficienza si evidenzia un calo della degenza media, ma anche del tasso di occupazione (2018: 87,7% vs 2017: 92,8%).

HOSPICE TERRITORIALE CSPT	2017	2018	Var. ass.	Var. %
Posti letto	12	12	0	0,0%
Posti letto medi	10,8	11,1	0	2,8%
Casi trattati	198	220	22	11,1%
Degenza media	18,4	16,1	-2	-12,5%
Giornate di degenza	3.640	3.540	-100	-2,7%
Tasso occupazione media	92,8%	87,7%	-0,05	-5,5%

Rete delle Cure Palliative

In relazione alla DGR 560/2015 "Riorganizzazione della rete locale di cure palliative" l'Azienda si pone l'obiettivo, in continuità con quanto avviato nel corso del 2017 al fine di dare piena attuazione al completamento della rete locale di cure palliative. Al riguardo, si richiama per l'AUSL di Imola il potenziamento della rete mediante risorse medico-palliativista dedicate ed il consolidamento dell'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting: ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice.

Le azioni avviate nel 2018 hanno riguardato in particolare la formalizzazione dell'organismo di coordinamento, l'attivazione dell'Ambulatorio di Cure Palliative, l'attivazione di *breafing* multiprofessionali sui casi in carico nella rete (Territorio – Hospice) e la definizione del percorso assistenziale del bambino-adolescente che accede alle Cure Palliative Pediatriche.

Si correla a ciò, anche, l'implementazione del sistema informativo e informatico per la gestione clinica e assistenziale degli interventi nei diversi nodi della rete al fine di supportare l'attività dei professionisti e rispondere ai debiti informativi regionali e nazionali aggiornati in merito al monitoraggio specifico dell'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) integrato nel modello organizzativo dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). Allo scopo di fornire una lettura sempre più precisa del funzionamento delle strutture e delle reti di cure palliative e per rispondere agli adempimenti LEA, è stata presidiata la qualità dei dati che confluiscono nei flussi informativi ADI e Hospice, al fine di poter monitorare indicatori specifici regionali (% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul totale deceduti per causa di tumore – InSiDER IND0704 (standard regionale $\geq 45\%$): nel 2018 AUSL di Imola totalizza il 53,4% vs RER 53,5%; percentuale in miglioramento rispetto al 2017 (49,6%).

Continuità assistenziale – Dimissioni protette

La gestione della continuità assistenziale ospedale-territorio, recependo le indicazioni regionali della DGR 919/2018, è stata oggetto di diverse azioni riorganizzative per garantire una presa in carico sempre più tempestiva da parte dei servizi territoriali, esplicitate nella seconda edizione della specifica Procedura aziendale (revisione del dicembre 2018).

Sono previsti percorsi di dimissione protetta di assistiti con bisogni assistenziali complessi gestiti dai Care Manager, secondo Procedura aziendale, per favorire il rientro a domicilio attivando e sviluppando capacità tecniche del care-giver e del familiare attraverso interventi di educazione terapeutica e assicurando la verifica del setting domiciliare che accoglierà l'utente, se necessario.

Per garantire il monitoraggio preciso degli indicatori assistenziali è in corso, da dicembre 2018, l'implementazione di un sistema di verifica dell'inserimento e del tracciamento dei dati di attività domiciliare volto a far rilevare eventuali necessità di aggiornamento dei diversi ambiti e a mantenere un buon valore di tempestività del flusso dati. Relativamente al monitoraggio degli indicatori si riportano i dati presenti sul Portale INSIDER riferiti all'anno 2018:

- (INDO0289) "% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera": Numero prese in carico entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera/Numero prese in carico aperte entro 30 giorni dalla

dimissione ospedaliera (target RER >= 45%): l'indicatore presenta una performance del 22,01% nel 2017 in netto miglioramento nel 2018: 40,07%.

- (INDO0729) “% di prese in carico in ADI entro 1 giorno dalla dimissione ospedaliera”: Numero prese in carico entro 1 giorno dalla dimissione ospedaliera/Numero prese in carico aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (target RER proposto >= 45%): l'indicatore presenta una performance del 7,39% nel 2017, mostrando un significativo incremento nel 2018: 18,98%
- Numero segnalazioni entro 72 ore dalla ammissione/Numero prese in carico aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (target RER proposto >= 45%): per assolvere al nuovo debito informativo regionale sul monitoraggio dell'avvenuta segnalazione entro le 72 ore dall'ammissione, si è provveduto a predisporre una specifica reportistica informatizzata a supporto degli operatori dei Reparti e Servizi e a gestire la ricezione e decodifica del file dati regionale sul numero di prese in carico entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera.

Sul fronte dell'**Assistenza infermieristica domiciliare**, il 2018 registra un incremento di pazienti presi in carico (compreso gli occasionali): +7,2%, pari a +312 pazienti rispetto al 2017, con un coerente aumento degli accessi infermieristici: +7%; pari a +4.082 accessi. Di conseguenza si rileva un aumento significativo anche delle prestazioni infermieristiche erogate a confronto con l'anno precedente: +11,8%, pari a +12.627 prestazioni. Al netto degli occasionali gli andamenti in incremento si confermano gli stessi.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE	2017	2018	Var. ass.	Var. %
PAZIENTI IN CARICO	4.341	4.653	312	7,2%
ACCESSI INFERMIERISTICI	57.285	61.367	4.082	7,1%
ACCESSI INFERMIERISTICI PER PAZIENTE	13,2	13,2	-0,01	-0,1%
PRESTAZIONI EROGATE	106.564	119.191	12.627	11,8%

Di seguito si riporta, inoltre, la distribuzione percentuale degli episodi di cura di assistenza domiciliare reso al singolo paziente (detto anche TAD), per tipologia e per livello di assistenza, a confronto con la distribuzione del totale regionale. I dati sono tratti dalla Reportistica predefinita ADI Regionale.

ADI 2018 Episodi per Livello di assistenza	BASSA INTENSITA'		MEDIA INTENSITA'		ALTA INTENSITA'		TOTALE	
	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%
IMOLA	2.977	63,4%	855	18,2%	861	18,3%	4.693	100%
TOTALE RER	89.281	66,1%	32.374	24,0%	13.409	9,9%	135.064	100%

ADI 2018 Episodi per Tipo di assistenza	ASSISTENZA DI MEDICINA GENERALE		ASSISTENZA INFERMIERISTICA		ASSISTENZA SOCIO- SANTARIA		CURE PALLIATIVE DI BASE		CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE		TOTALE	
	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%
IMOLA	1.291	27,5%	2.546	54,3%	761	16,2%	70	1,5%	25	0,5%	4.693	100%
TOTALE RER	58.747	43,5%	63.364	46,9%	6.671	4,9%	4.197	3,1%	2.085	1,5%	135.064	100%

Relativamente all'**Assistenza agli anziani non autosufficienti** si conferma sostanzialmente, a confronto con l'anno precedente, il volume delle giornate di degenza nelle strutture residenziali: -1%, pari a -1.393 giornate di degenza, di cui temporanei in RSA -13%, pari a -334 giornate di degenza. Nel 2018 le giornate di presenza in strutture semi-residenziali rispetto all'anno 2017 evidenziano un decremento percentuale più consistente del -4%, pari a -580 giornate di presenza.

Il tasso di occupazione PL accreditati (505) più una quota parte privati nelle stesse CRA si attesta al 97,17% in aumento rispetto all'anno precedente.

Il tasso di occupazione dei posti letto temporanei in RSA (n. 8 posti fino al 17/5/2017 e dal 18/5/2017 ridotti n.7 posti) si conferma a 98,59% sostanzialmente in linea con l'anno precedente.

VOLUMI IN GG DI DEGENZA	2017	2016	Var. ass.	Var. %
Strutture Residenziali	178.769	177.376	-1.393	-1%
di cui temporanei in RSA	2.642	2.308	-334	-13%
Strutture Semi residenziali	14.454	13.874	-580	-4%
Tasso di occupazione posti letto accreditati e quota parte privati nelle stesse CRA	95,72%	97,17%		1,5%
Tasso di occupazione PL temporanei in RSA n. 8 PL fino a 17/5/2017 e da 18/5/2017 PL n.7	98,14%	98,59%		0,4%

Psichiatria Adulti. Sotto il profilo della degenza ospedaliera si osserva un incremento dei casi trattati in SPDC pari a +7% (+22 casi). I casi in RTI presentano invece un decremento consistente pari a -38% (-50 casi). Si riportano in tabella anche i dati relativi alla degenza media e al tasso di occupazione in SPDC e RTI.

PSICHIATRIA ADULTI - SPDC e RTI	2017	2018	Var. ass.	Var. %
Casi trattati in degenza ordinaria	308	330	22	7,1%
Casi trattati in RTI (n.ro dimessi)	131	81	-50	-38,2%
Casi totali	439	411	-28	-6,4%
Degenza media in regime ordinario	13,2	13,9	0,7	5,3%
Tasso occupazione PL ordinari	86,0%	97,0%		11,0%
Degenza media in RTI	21,0	31,9	10,9	51,9%
Tasso occupazione RTI	89,2%	88,4%		-0,8%

Sul versante territoriale, i dati evidenziano un incremento complessivo degli utenti del CSM pari a +2,8% (+75 casi). Aumentano i pazienti in Day Service. Il totale complessivo di prestazioni erogate risulta in calo del -3,7% (-4.672 prestazioni).

PSICHIATRIA ADULTI: TERRITORIALE	2017	2018	Var. ass.	Var. %
Utenti CSM	2.650	2.725	75	2,8%
Casi in Day Hospital Territoriale	79	42	-37	-46,8%
Interventi di crisi in DHT	275	217	-58	-21,1%
Utenti c/o Centro Diurno	34	47	13	38,2%
Nuovi utenti presi in carico	360	391	31	8,6%
Dimessi	1.156	1.259	103	8,9%
Pazienti in Day Service	1.278	1.391	113	8,8%
PRESTAZIONI EROGATE	125.303	120.631	-4.672	-3,7%

Nell'ambito della **Neuropsichiatria Infantile** si conferma anche quest'anno il trend in incremento degli utenti in carico (+5,6% pari a 90 casi) e in particolare dei nuovi utenti (+10% pari a 62 casi), in coerenza col potenziamento degli interventi a partire dal 2017 - su finanziamento regionale per il Progetto PRIA - nell'ambito dell'Autismo. Le prestazioni in termini di volumi erogati evidenziano un sostanziale allineamento con il 2017 che aveva già registrato rispetto all'anno precedente un significativo aumento dei volumi.

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2017	2018	Var. ass.	Var. %
Utenti in carico	1.678	1.772	94	5,6%
Nuovi utenti presi in carico	619	681	62	10,0%
Prestazioni erogate	26.336	26.000	-336	-1,3%

L'area della **Dipendenze Patologiche** registra un lieve incremento del numero di utenti in carico e del volume complessivo di prestazioni erogate. In ambito di semiresidenzialità presso il Centro diurno a gestione diretta (Arcobaleno), si registra un aumento di utenti (+2 casi) e di nuovi casi presi in carico (+9 casi).

Le giornate di degenza 2018 mostrano un sostanziale allineamento all'anno precedente.

DIPENDENZE PATLOGICHE	2017	2018	Var. ass.	Var. %
Utenti in carico	1.085	1.099	14	1,3%
Nuovi utenti presi in carico	42	43	1	2,4%
Prestazioni erogate	33.702	33.810	108	0,3%
Centro diurno Arcobaleno Semiresidenzialità 8 ore				
Utenti nell'anno	75	77	2	2,7%
Nuovi utenti presi in carico	206	215	9	4,4%
Giornate di degenza	4.720	4.734	14	0,3%
Dimessi	30	32	2	6,7%

Consultorio Familiare. Gli utenti in carico presso il Consultorio risultano in aumento rispetto all'anno precedente (+6,8%), in coerenza con l'incremento degli accessi (+7%) e delle prestazioni totali erogate (individuali + di gruppo), pari a +6,9%. Le prestazioni individuali suddivise per tipologia operatore mettono in evidenza un incremento significativo dell'attività delle ginecologhe (+12%).

UTENTI	2017	2018	Var. ass.	Var. %
TOTALE Utenti in carico	6.261	6.688	427	6,8%
ACCESSI	2017	2018	Var. ass.	Var. %
TOTALE Accessi	23.496	25.152	1.656	7,0%
Utenti Consultorio familiare	21.443	22.271	828	3,9%
Utenti Spazio donne immigrate e loro bambini	291	238	-53	-18,2%
Utenti Spazio giovani (14 - 19 anni)	1.762	2.169	407	23,1%
34Utenti Spazio giovani Adulti (20 - 19 anni)	0	474	474	
PRESTAZIONI	2017	2018	Var. ass.	Var. %
TOTALE Prestazioni	23.331	24.930	1.599	6,9%
Prestazioni individuali (singoli o coppie/famiglie)	22.663	24.310	1.647	7,3%
Prestazioni di gruppo (gruppi di persone)	668	620	-48	-7,2%
PRESTAZIONI INDIVIDUALI	2017	2018	Var. ass.	Var. %
Prestazioni individuali per Tipo Operatore	22.663	24.310	1.647	7,3%
GINECOLOGA/O	10.087	11.281	1.194	11,8%
OSTETRICA/O	9.488	9.887	399	4,2%
PSICOLOGA/O	3.088	3.142	54	1,7%

L'attività medico ostetrico-ginecologica viene dettagliata nella tabella seguente, evidenziando un volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in incremento (+2,3%; +228 prestazioni), con particolare riferimento alle Ecografie (+20%; +468) e alle prime visite (+6%; +203). Di contro diminuiscono le visite di controllo (-18%; -556).

ATTIVITA' MEDICO OSTETRICO-GINECOLOGICA				
Specialistica ambulatoriale per esterni	2017	2018	Var. ass.	Var. %
Ecografia	2.398	2.866	468	20%
Altre prestazioni Terapeutiche	121	145	24	20%
Chirurgia Ambulatoriale	5	7	2	40%
Prima visita	3.564	3.767	203	6%
Visita di controllo	3.150	2.584	-566	-18%
Non codificata: "Valutazione esami"	671	768	97	14%
TOTALE	9.909	10.137	228	2,3%

La tabella che segue riporta un dettaglio dell'attività delle Ostetriche in riferimento al "Sostegno al puerperio" che mette in evidenza una generale contrazione dell'attività specifica ed in particolare degli accessi (domiciliari, presso ospedale e in ambulatorio Consultoriale). La tabella mostra inoltre l'attività di assistenza alla gravidanza sempre da parte del personale ostetrico.

ATTIVITA' OSTETRICHE				
Sostegno al puerperio	2017	2018	Var. ass.	Var. %
Accessi a domicilio	281	112	-169	-60%
Accessi delle puerpere ambulatorio consultoriale	1.905	1.732	-173	-9%
Accessi delle ostetriche presso l'ospedale (progetto dimissione precoce neonato sano)	198	135	-63	-32%
Puerpere (residenti) contattate alla dimissione	595	518	-77	-13%
Puerpere Totali contattate alla dimissione	770	675	-95	-12%
Pronto latte (n° telefonate)	977	751	-226	-23%
Assistenza in gravidanza	2017	2017	Var. ass.	Var. %
Visita ostetrica (NO Specialistica) per DSA	150	133	-17	-11%
Visita ostetrica di controllo (NO Specialistica) per DSA	390	403	13	3%
Prelievo microbiologico	813	852	39	5%

A completamento della rendicontazione degli obiettivi indicati nel Piano della Performance 2018 -2020 relativi all'area consultoriale, si riporta la rendicontazione della programmazione regionale 2018 in riferimento agli obiettivi sotto descritti.

Materno infantile – percorso nascita

Percorso nascita. Percorso nascita. Nell'anno 2018, all'interno del Consultorio Familiare si è continuato a garantire il percorso di assistenza alla gravidanza, promuovendo l'assistenza fisiologica da parte dell'ostetrica alle gravide a basso rischio e predisponendo percorsi integrati per la gestione delle gravidanze che necessitano più profili assistenziali.

UTILIZZO DEL CONSULTORIO PER LA GRAVIDANZA	% SUL TOTALE "NATI VIVI"
2013	42,90%
2014	52,90%
2015	47,90%
2016	65,68%
2017	66,26%
2018	67,6% (+1,4%)

Nel corso dell'anno è stata oggetto di revisione la procedura "Presenza in carico della gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica", preparata dal gruppo di miglioramento costituito dalle ostetriche e dalle ginecologhe del Consultorio. Per promuovere un linguaggio condiviso nell'assistenza alla gravidanza, negli ultimi anni è stata organizzata una formazione sul campo in Consultorio: nel 2018 sono stati attivati 4 incontri di 2 ore ciascuno. I corsi di accompagnamento alla nascita sono stati offerti a tutte le gestanti afferenti al Consultorio nella sede di Imola e Castel S. Pietro.

Anno	N.ro CORSI percorso nascita	N° partecipanti attività percorso nascita
2013	60	543
2014	53	503
2015	66	563
2016	59	489
2107	69	520
2018	59 (-10)	536 (+16)

L'aspetto della preparazione alla nascita in Consultorio è stato organizzato concentrando le donne, più numerose, in un minor numero di corsi, per ovviare alla riduzione del personale ostetrico durante l'anno, causa i primi due pensionamenti. Il numero delle partecipanti comunque è lievemente cresciuto. Ricordiamo che nel 2017 Imola è stata la prima Azienda in Regione per la percentuale di nullipare che hanno partecipato ai corsi di preparazione alla nascita, anche nei corsi per donne migranti, introdotti proprio nel 2017 in collaborazione con le mediatrici culturali. Nel 2018, per quello che riguarda i corsi per le donne migranti, si è svolta una unica edizione, nel mese di giugno.

E' proseguita l'assistenza al puerperio con l'accesso quotidiano dell'ostetrica del Consultorio in ospedale per la presa in carico della puerpera e del neonato. A questa prima conoscenza si è aggiunto, a seconda della necessità, l'accesso della donna e del bambino agli spazi dedicati ad entrambi all'interno del Consultorio, per consulenze ostetriche e/o psicologiche per la prevenzione dei disturbi psicologici del puerperio. Sono state effettuate anche delle visite domiciliari da parte dell'ostetrica per i casi che lo richiedevano, compresi quelli segnalati dai Servizi Socio-Sanitari. Si sottolinea l'importanza della risorsa della mediazione culturale che è stata dirimente in numerose prese in carico.

ASSISTENZA AL PUERPERIO 2018			
AREA SOSTEGNO AL PUERPERIO	Accessi a domicilio	112	-169 rispetto 2017
AREA SOSTEGNO AL PUERPERIO	Accessi delle ostetriche presso l'ospedale (progetto dimissione precoce)	135	-63 rispetto 2017
AREA SOSTEGNO AL PUERPERIO	Accessi delle puerpere ambulatorio consultoriale	1732	-173 rispetto 2017
AREA SOSTEGNO AL PUERPERIO	N° puerpere residenti contattate alla dimissione	675	-95 rispetto 2017
AREA SOSTEGNO AL PUERPERIO	Pronto Latte- assistenza al puerperio n° telefonate	560	-208 rispetto 2017
AREA SOSTEGNO AL PUERPERIO	Pronto Latte- sostegno allattamento al seno n° telefonate	191	-18 rispetto 2017

Nel 2018 l'attività ostetrica pur in carenza di organico ha mantenuto il controllo della presa in carico delle gravidanze e dell'erogazione dei corsi di preparazione alla nascita. Con la copertura dei posti vacanti, nel 2019 il Consultorio Familiare promuoverà una serie di iniziative formative, con l'obiettivo di sensibilizzare gli

operatori coinvolti nonché di implementare la procedura per la presa in carico dei disturbi emozionali nella gravidanza e nel puerperio.

Al Consultorio sono continuati i corsi "i Pomeriggi al Consultorio ... Crescendo Insieme", momenti di incontro, scambio e confronto di esperienze su tematiche riguardanti lo sviluppo e la relazione madre, padre, bambino nel primo anno di vita, con la partecipazione di professionisti della prima infanzia. Particolare importanza hanno rivestito gli incontri rivolti ai neo-papà, con lo scopo di valorizzare la relazione padre-bambino.

Al fine di agevolare e rafforzare la relazione madre-bambino è proseguita la collaborazione di "Donne che aiutano Donne", volontarie a sostegno delle puerpere in difficoltà, sotto la supervisione della psicologa e con l'affiancamento dell'ostetrica.

In collaborazione con i medici dell'U.O. Pediatria, le psicologhe del Consultorio, un'ostetrica (referente Progetto "Io Allatto Qui") e con la Referente per la Banca del Latte Donato, è stato organizzato un evento per la cittadinanza inserito nel calendario del Bacchanale 2018 "L'Italia del latte". L'evento, dal titolo "Latte materno: patrimonio dell'umanità", si è svolto il 10 novembre 2018 nella Biblioteca Comunale. Sono state presentate delle relazioni con lo scopo di sensibilizzare e informare la cittadinanza sui benefici dell'allattamento al seno, sia dal punto di vista della mamma che del bambino. Con la collaborazione di tutti gli operatori del percorso nascita e dell'Ufficio Stampa, si è svolto anche quest'anno il Flash Mob sull'Allattamento in data 7/10/2018.

In riferimento agli indicatori presenti nella DGR 919/2018, di seguito si riportano gli stessi con i relativi esiti 2017 e 2018 pubblicati nella piattaforma InSIDER:

- Numero gravide residenti assistite dai consultori familiari/Totale parti di residenti (%) (Fonte CEDAP). Obiettivo $\geq 47\%$ (media regionale 2016). (IND0310) "% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza": 44,49% (2018) vs 44,79% (2017).
- Numero donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/Numero parti di nullipare residenti (%) (Fonte: banca dati CEDAP). Obiettivo $\geq 56\%$ (media regionale 2016). (IND0661) "% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita": 62,7% (2018) vs 60,64% (2017).
- Percentuale di tagli cesarei primari – obiettivo: Hub $\leq 25\%$; Spoke $\leq 15\%$ (Fonte: banca dati CEDAP). (IND0632) "Tagli cesarei primari: % di interventi in maternità di I livello o comunque con <1000 parti": 21,53% (2018) vs 20,67% (2017).
- Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson – obiettivo: Hub $\leq 9\%$ (media 2016); Spoke $\leq 7\%$ (media 2016 per spoke con numero parti ≥ 1.000). (IND0523) "% parti cesarei nella classe 1 di Robson (Spoke)": 15,67% (2018) vs 12,23% (2017).
- Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN (Fonte: banca dati CEDAP) - Obiettivo: $<8\%$. (IND0218) "% di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN": 100% (2017).
- Percentuale di bambini per cui è stato scelto il pediatra entro 2 gg dalla nascita (Fonte: ARA) - Obiettivo: $\geq 50\%$ (IND0723) "% di bambini per cui è stato scelto il pediatra entro 2 gg dalla nascita": 5,69% (2018) vs 4,42% (2017).

Salute riproduttiva. Nell'anno 2018 è proseguita l'attività dello Spazio Giovani, un servizio del Consultorio Familiare creato appositamente per le/i ragazze/i dai 14 ai 19 anni, che offre consulenza e presa in carico in campo ostetrico, ginecologico e psicologico. E' aperto, ad accesso libero e gratuito, due pomeriggi alla settimana nella sede di Imola e un pomeriggio settimanale nelle sedi di Castel San Pietro Terme e Medicina. Le/i ragazze/i possono rivolgersi allo Spazio sia spontaneamente sia indirizzati dagli adulti (genitori, PLS, MMG e insegnanti). Comprende anche un'area di tutela e promozione della salute: i progetti svolti nelle scuole costituiscono un'importante occasione di conoscenza del Servizio e delle opportunità di aiuto fornite al suo interno. Nell'ambito della promozione della salute sono stati attuati 12 progetti. Gli istituti scolastici che hanno aderito sono stati: 7 scuole primarie, 11 scuole secondarie di primo grado, 5 licei, 5 istituti tecnici professionali, 1 Corso di Formazione Professionale e 1 gruppo di ragazzi per l'extrascuola.

Le tematiche affrontate con i ragazzi sono state: prevenzione al bullismo, alla violenza di genere, educazione all'affettività e sessualità, prevenzione HIV, MST e vaccinazioni HPV, le nuove frontiere della scienza nella ginecologia ed ostetricia, l'utilizzo consapevole dei media e l'approccio critico rispetto alla pubblicità e all'esposizione del corpo. Agli insegnanti sono state dedicati 3 incontri formativi sulle tematiche relative ai disagi delle nuove generazioni di adolescenti: disturbi del comportamento alimentare, ritiro sociale, violenza nelle giovani coppie e problematiche relative all'accettazione del proprio corpo. Hanno partecipato inoltre al progetto di tutoring, che affronta con il consiglio dei docenti le dinamiche del gruppo classe al fine di renderle più funzionali e favorevoli l'apprendimento.

Relativamente all'area clinica sono stati trattati gli adolescenti tra i 14 e i 19 anni che hanno fatto richiesta di colloqui psicologici e di trattamenti psicoterapeutici per le tematiche tipiche dell'età adolescenziale quali: stati di ansia, depressione, attacchi di panico, difficoltà di adattamento sociale, traumi subiti a causa di bullismo all'interno dell'istituto scolastico, difficoltà di accettazione del proprio corpo, problematiche relative alla separazione dei genitori o da gravi difficoltà relazionali con uno o entrambi i genitori, lutti familiari, problematiche identitarie e/o al riconoscimento della propria appartenenza di genere, richiesta di sostegno per calo del rendimento scolastico e difficoltà dell'attenzione e della concentrazione negli studi.

Nell'ambito dei disagi riferiti agli adolescenti immigrati di seconda generazione sono state trattate le problematiche relazionali, favorendo un percorso di svincolo dalla famiglia d'origine che aveva progettato un matrimonio forzato.

Da febbraio 2018 è stato implementato uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti per soddisfare i bisogni di salute di questa utenza con particolare riferimento alla tutela della fertilità maschile e femminile. La fase di accoglienza (ad accesso libero e gratuito) è di competenza delle ostetriche, le quali valutano ogni singolo caso ed inviano, qualora necessario, ai vari professionisti dell'equipe consultoriale (ginecologa, psicologa, urologo).

In riferimento all'indicatore previsto dalla DGR relativo agli Utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/popolazione residente di età 14-19 anni (%) – Obiettivo: $\geq 7\%$ (Fonte: Sistema informativo SICO), si riporta lo stesso indicatore monitorato su InSIDER (IND317) "% Utenti degli Spazi giovani sulla popolazione target 14-19 anni": 7,49% (2018).

Percorso IVG. E' in uso la procedura aziendale "Percorso per l'interruzione volontaria di gravidanza per via farmacologica", revisionata nel 2015. Tutte le richieste di IVG farmacologica nel corso del 2018 sono state evase, anche se persiste il problema legato alla programmazione degli accessi per la somministrazione di RU 486 in quanto il personale medico non obiettore è, al 31/12/2018, pari a 6 medici su 12 e non vi è uno spazio dedicato a tale attività che preveda almeno 3 accessi di ricovero in DH, ma viene inserita nel lavoro quotidiano di reparto. Nel 2015 le interruzioni di gravidanza per via farmacologica sono state 18 di cui 12 hanno avuto successo (pari al 66,7%), nel 2016 sono state effettuate 28 RU con 15 casi in cui si è evitato l'intervento chirurgico (pari al 53,6%), nel 2017 il numero delle RU è pari a 27 di cui 18 con esito positivo (pari al 66,7% di successo), nel 2018 sono state 21 di cui 11 con esito positivo (52,4% di successo).

Per quanto concerne i due indicatori previsti dalla DGR 919/2018, si riporta di seguito il monitoraggio disponibile su InSIDER:

- Donne (residenti e non residenti) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/Totale IVG chirurgiche (%) - obiettivo: $\leq 25\%$ (Fonte: rilevazione IVG). (IND0542) "% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane": 25,22% (2018) vs 15,57% (2017).
- IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (%) – Obiettivo $\geq 27\%$ (Fonte: rilevazione IVG). (IND0311) % IVG medica sul totale IVG: 21,02% (2018) vs 22,52% (2017).

Il Consultorio ha erogato 150 certificazioni di interruzione di gravidanza, con un trend in lieve diminuzione. Particolare attenzione viene rivolta al lavoro di rete per offrire alle donne uno spazio di pensiero e di elaborazione delle loro emozioni nel rispetto delle loro scelte.

Contrasto alla violenza. Nel corso del 2018 le attività di contrasto al fenomeno del maltrattamento contro le donne e i minori coordinate dal tavolo tecnico aziendale sono proseguite nelle aree di prevenzione, sensibilizzazione e presa in carico. Si puntualizzano di seguito alcune di queste azioni:

- Convocazioni periodiche dei membri del tavolo, composto da figure professionali socio-sanitarie e provenienti dalle associazioni del territorio, per attività di programmazione e monitoraggio sui temi del contrasto alla violenza di genere.
- Revisione della procedura aziendale sui temi della violenza di genere in collaborazione con le associazioni operanti sul territorio.
- Attivazione di "Diamoci un taglio", campagna di sensibilizzazione contro la violenza maschile che ha coinvolto i professionisti della cura del corpo femminile, nello specifico i parrucchieri del Circondario. L'obiettivo è allargare sempre di più la rete di solidarietà per intercettare il disagio e poter fornire utili informazioni sulle Associazioni e sui Servizi presenti dentro al nostro territorio.
- Organizzazione eventi formativi rivolti agli insegnanti e agli operatori sanitari del Pronto Soccorso.

Salute in età pediatrica e adolescenziale

Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti. Nel 2018 è proseguito il lavoro dell'équipe costituitasi sull'obiettivo di costruire un PDTA tutela minori principalmente rivolto alle condizioni di maltrattamento/abuso di bambini e adolescenti. Il documento è stato prodotto e si sta completando la redazione relativa alla struttura formale. Il lavoro ha comportato incontri pressochè mensili con professionisti

dell'ambito sanitario e dell'ASP. Il riferimento normativo per la stesura del PDTA è stato quello delle Linee di indirizzo regionali con le relative raccomandazioni.

Gli psicologi dell'équipe tutela della UONPIA hanno partecipato ai gruppi di lavoro regionali per la stesura di quaderni di formazione e al coordinamento sul tema del Maltrattamento/abuso.

Nell'ambito formativo va evidenziato che uno psicologo della tutela minori ha frequentato un Master Universitario sul Maltrattamento all'infanzia. Riguardo all'Indicatore riferito all'obiettivo della DGR al punto 2.9.1 "Numero di bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso" risulta nel 2018 pari a 139.

Lotta all'antibioticoresistenza. La distribuzione ai pediatri dei test rapidi (RAD - Rapid Antigen Detection test) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica è stata effettuata a fine 2017 con le modalità e quantità previste dall'accordo regionale. Sono state fornite ai PLS le informazioni per effettuare le registrazioni dell'attività attraverso l'applicativo "ProBA", raggiungibile anche attraverso il proprio gestionale. Le registrazioni sono presenti a partire dal mese di gennaio 2018.

Sono stati distribuiti complessivamente 1.550 test RAD. Lo score clinico di McIsaac è stato calcolato per 761 casi ed il test RAD utilizzato in 750 casi. Il test è risultato positivo nel 49,2% dei casi. I bambini con prescrizione di antibiotico sono stati 368 in totale (354 con RAD+). Lo standard minimo di compilazione dell'applicativo "ProBA" è stato raggiunto dal 60% dei pediatri di libera scelta.

L'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici è stata ordinariamente gestita nell'ambito degli incontri di NCP rivolti a tutti i medici convenzionati e per la quale sono stati utilizzati i dati forniti dai "Profili di Nucleo" e dagli indicatori InSIDER forniti dal sistema informativo regionale:

- (IND0343) "Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti" che la DGR 919/2018 richiede < 2017 (valore a cui tendere: < 850 prescrizioni per 1.000 ab.): 809,56 (2018) vs 822,17 (2017). Tale valore di prescrizioni x 1.000 residenti risulta in netta riduzione rispetto allo scorso anno.
- (IND0344) "Rapporto fra prescrizioni di amoxicillina non associata e prescrizioni di amoxicillina associata a inibitori enzimatici in età pediatrica" (target regionale 1,5): 1,26 (2018) con un leggero aumento rispetto al 2017 (1,18) ma che non raggiunge il target regionale.

Promozione dell'Allattamento. Con l'intento di uniformare il linguaggio e accrescere le competenze sul tema dell'allattamento, gli operatori del percorso nascita hanno partecipato a due momenti formativi: regionale e aziendale. La formazione regionale si è svolta in varie date, fra il 2017 e aprile 2018. Hanno partecipato le ostetriche del consultorio, quelle dell'ospedale, una pediatra dell'U.O. Pediatria e due assistenti sanitarie della Pediatria di Comunità. Questo corso breve teorico-pratico di formazione (5 ore) è stato organizzato dalla Regione in collaborazione con due esperte di allattamento di Trieste, ed ha trattato il tema del Biological Nurturing, ovvero la posizione semireclinata. Il corso aziendale sull'allattamento "Sosteniamo gli operatori che sostengono l'allattamento al seno" si è svolto come negli anni scorsi in due edizioni della durata di 4 ore ciascuna nelle date 26/05 e 1/12/2018. Sono stati organizzati due eventi per la cittadinanza: il Flash Mob e la Tavola Rotonda compresa nell'evento del Bacchanale.

DATI ALLATTAMENTO 2018 IMOLA Dati prevalenza a 3 e 5 mesi nel 2018		% 2017
Allattamento completo a 3 mesi	60.9% (stabile)	61%
Allattamento completo a 5 mesi	45.9% (lieve miglioramento)	45%
Non allattamento a 3 mesi	19.4% (lieve peggioramento)	18%
Non allattamento a 5 mesi	29.6% (miglioramento)	32%

La Relazione annuale 2018 del Coordinatore Programma Gravidanza Fisiologica riporta il dettaglio con gli ulteriori approfondimenti. Di seguito si sintetizzano gli esiti relativi agli indicatori previsti dalla DGR e i cui esiti (2017 – 2018) sono disponibili su piattaforma InSIDER:

- % allattamento completo a tre mesi (Fonte: flusso AVR) – Obiettivo > valore 2017. (IND0526) “% std allattamento completo a 3 mesi”: 60,94% (2018) vs 60,65% (2017).
- % allattamento completo a cinque mesi (Fonte: flusso AVR) – Obiettivo > valore 2017. (IND0527) “% std allattamento completo a 5 mesi”: 45,91% (2018) vs 44,93% (2017).
- % non allattamento a tre mesi – Obiettivo < valore 2017. (IND0528) “% std di non allattamento a 3 mesi”: 19,39% (2018) vs 18,08% (2017).
- % non allattamento a cinque mesi – Obiettivo < valore 2017. (IND0529) “% std di non allattamento a 5 mesi”: 29,63% (2018) vs 31,75% (2017).

Promozione della salute in adolescenza. Durante l’anno 2018 è proseguita l’offerta di interventi di educazione sanitaria finalizzati al benessere e alla salute dell’adolescente e della sua famiglia, in un’ottica preventiva. I progetti realizzati nelle scuole secondarie di primo e secondo grado hanno riguardato varie tematiche e sono stati ispirati dai bisogni emersi dai ragazzi e dai vari mondi di appartenenza:

- Affettività e sessualità: il progetto ha lo scopo di aiutare le/i ragazze/i ad attuare scelte consapevoli e responsabili relative alla sfera della sessualità e dell’affettività, ponendo attenzione alla prevenzione dei rischi di gravidanza indesiderate e di malattie sessualmente trasmissibili.
- Per i ragazzi che frequentano le scuole superiori di primo grado si attua anche il progetto “W L’Amore”, promosso dalla Regione Emilia-Romagna.
- E’ stato coinvolto il CIPIA (Centro Provinciale per l’Istruzione degli Adulti) sul progetto regionale “L’Amore a Colori”, al fine di educare ad una sessualità piacevole, responsabile e consapevole, rivolto agli studenti stranieri che stanno apprendendo la lingua italiana.

Nel 2018 sono stati effettuati 104 interventi scolastici, per un totale di 2.596 ragazzi coinvolti.

4.2 Integrazione socio-sanitaria

Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale

La metodologia del Budget di Salute è stata utilizzata nel DSM-DP dell'AUSL di Imola, in particolare nell'area degli adulti a partire dall'anno 2000. Il DSM-DP, integrandosi con il Terzo settore e ASP, sostiene, dal 2000 la metodologia del budget di salute, modello a livello sociale e sanitario che rende possibile la definizione di modalità di realizzazione dei servizi di salute mentale che si riferiscono ai modelli di salute mentale di comunità e comunità solidale, deistituzionalizzazione caratterizzati, dal punto di vista concettuale e pratico, per la centralità della co progettazione e della cogestione di aree di interventi e di servizi da parte di utenti e familiari, terzo settore, ente pubblico. La presenza sul territorio imolese di un tessuto sociale sufficientemente coeso e ricco di risorse relazionali continua a rendere possibili modalità di realizzazione di pratiche di salute mentale orientate su interventi di prevenzione della sofferenza psichica e di promozione della salute mentale attraverso la valorizzazione della soggettività, del protagonismo dei singoli e della comunità civile, implementando i valori della solidarietà, della coesione sociale e del bene comune.

Nel corso degli anni l'Azienda ha sempre sostenuto ed implementato la metodologia del Budget di Salute; le quote economiche destinate alla realizzazione dei progetti individuali - che utilizzano il budget di salute del DSM DP - sono state progressivamente crescenti variando con l'incremento del numero degli utenti inseriti in tale percorso. Gli obiettivi attuali continuano ad essere legati ai principi fondanti:

1. Consolidare ed espandere un modello di intervento per la tutela della salute mentale della popolazione fondato sui principi della partecipazione sociale alla costruzione della salute;
2. Aumentare il coinvolgimento e la partecipazione degli Enti Locali e delle Associazioni;
3. Aumentare gli aspetti legati alla co progettazione e co valutazione del servizio da parte dei fruitori (utenti e familiari);
4. Condividere e sistematizzare l'area della valutazione degli esiti con tutti i componenti del PTRI (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato);

Implementare le modalità di scambio esperienziale con UOCMR e ASP al fine di sviluppare l'applicazione della metodologia del BdS negli ambiti della Disabilità e nella risposta ai bisogni della popolazione anziana.

Questo tipo di intervento parte dai progetti terapeutico-riabilitativi individuali e consente alla persona di esprimere un maggiore esercizio del proprio ruolo di cittadino: una maggiore contrattualità, la possibilità di un apprendimento "in vivo", in un setting permanente, in un ambiente facilitante, ovvero nel contesto reale, diffuso nel quale le diverse abilità della persona devono essere messe in pratica. Consente quindi un livello di supporto e di interventi sempre più individualizzati e flessibili che coinvolgano gli assi dell'abitare, del lavoro e della socialità, toccando aspetti diversi a seconda dei bisogni delle persone: supporto all'abitare, alla fruizione del tempo libero, aiuto alla gestione della salute facilitando il rapporto con i medici di medicina generale, sostegno nella relazione con gli amministratori di sostegno e quindi nella gestione del denaro, aiuto nella ricerca del lavoro, supporto ai percorsi di formazione. La persona viene sostenuta negli atti di vita quotidiana da forme di solidarietà organizzata, che la vede partecipe insieme alle famiglie, agli operatori pubblici e privati, ai volontari.

I Destinatari di tali interventi sono cittadini in condizioni di disabilità sociale, concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente, o a stati di grave rischio e vulnerabilità per la salute che richiedono progetti individuali caratterizzati dalla inscindibilità degli interventi sanitari e sociali, a partenza da bisogni con prevalenza sanitaria ad espressività sociale. Gli Enti Locali, il Terzo Settore e gli stakeholder per quanto attiene i momenti di confronto e gli eventi formativi.

Per l'anno 2018 le persone in carico a Centro Salute Mentale (CSM), Neuro Psichiatria Infanzia Adolescenza (NPIA) e Dipendenze Patologiche (DP) con progetti terapeutico riabilitativi individuali con applicazione del Budget di Salute sono state n. 64. Sei percorsi sono riferiti a minori seguiti dalla NPIA, due afferenti alle DP, 51 alla Psichiatria adulti. In massima parte si tratta di percorsi già intrapresi nell'anno o negli anni precedenti. Ogni progetto è stato preceduto da una valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). Nell'anno 2018, a fronte di 27 nuovi progetti attivati all'interno del DSMDP, sono state quindi effettuate 27 riunioni di UVM. La richiesta di attivazione dell'UVM nella maggior parte dei casi è frutto di bisogni di confronto e rielaborazione del percorso da parte degli operatori, mentre in altri è stata determinata dalle richieste di utenti e dei familiari. La richiesta ha sempre comportato l'informazione ed il coinvolgimento di tutti gli altri componenti, a partire dall'utente stesso, principale protagonista e detentore di diritti. Il progetto terapeutico individuale/BDS rimane in carico alle UO del dipartimento (PA, DP e NPIA) che elabora un primo progetto d'invio, di durata annuale, redatto su apposita modulistica, condiviso negli obiettivi generali con utente/ familiari – persone significative in sede di UVM; quest' ultimo viene inoltrato al Terzo Settore (Comunità Solidale – Coop Tragitti, Associazioni, Figure Significative, ecc.).

Nell'anno 2018, a fronte di 27 nuovi progetti attivati all'interno del DSMDP, sono stati quindi co-costruiti 27 progetti scritti, condivisi e firmati tra operatori DSMDP, Operatori Ente Gestore/ Parterns Territoriali, utenti e familiari. In riferimento alla Coprogettazione DSM-DP, ASP e Terzo Settore, Utente, Familiari ed eventuali altre persone significative, nel 2018 gli operatori coinvolti hanno partecipato ad incontri congiunti di definizione, valutazione - monitoraggio dei Ptri scritti/ Bds in carico per la negoziazione/rielaborazione degli obiettivi, indicatori, metodi e tempi d'intervento relativi ai 37 percorsi in carico dagli anni precedenti. Per i nuovi 27 percorsi attivati nell'anno 2018, a seguito di riunioni in equipe allargata, sono stati co-costruiti tra tutti gli attori coinvolti nel progetto, dopo un primo periodo dall'attivazione, i relativi progetti scritti in cui sono stati declinati gli obiettivi specifici, indicatori di raggiungimento, aree d'intervento, azioni previste, tempi e modalità di verifica. Nel corso del 2018 i 64 Progetti in carico sono stati verificati, a seguito di riunioni congiunte periodiche tra i diversi parterns del progetto, a cadenza semestrale. Mantenere una calendarizzazione delle riunioni di equipe integrata, avere momenti concreti di incontro e scambio consente di rendere il più possibile espliciti i diversi punti di vista. A fronte del consenso unanime sia tra gli operatori del DSMDP che del privato sociale, fino alla esplicita richiesta di attuazione di incontri, da parte di utenti e familiari, sulla necessità di effettuare regolari riunioni di equipe, le difficoltà a mantenere la cadenza proposta sono risultate subito evidenti. Per i 64 percorsi in carico durante il 2018 sono stati effettuati incontri di discussione progetto mensili in equipe allargata DSM-DP e Privato Sociale, persone significative, coinvolgendo utenti e familiari ove necessario.

Sono state somministrate delle scale di valutazione standardizzate che consentono di ottenere, per ogni singola informazione circa l'evoluzione del quadro clinico nei suoi aspetti sia psicopatologici che socio ambientali. Le scale sono state somministrate all'attivazione e conclusione del percorso ed a cadenza semestrale. Nel 2018 questi due strumenti di valutazione di esito sono stati somministrati per i 58 utenti che ne hanno dato il consenso. E' stata inoltre utilizzata la VSSS (Verona Service Satisfaction Scale), la cui somministrazione, facilitata da un operatore del privato sociale non direttamente coinvolto nei percorsi BdS, viene effettuata una volta ogni 12 mesi. La scala, nella versione estesa, prende in considerazione sette dimensioni (Soddisfazione generale, Capacità e comportamento professionale, Informazione, Accesso, Tipo degli interventi e Coinvolgimento dei familiari) ed è costituita da 32 item valutati su una scala a cinque punti. Gli utenti che hanno dato il consenso alla somministrazione della scala solo stati, nel 2018, 32.

E' stata inoltre sottoposta a utenti e familiari che hanno dato il consenso, un'intervista semi strutturata al fine di costruire uno spazio di espressione diretta dei propri punti di vista facilitante la contrattualità ed i diritti dei fruitori. Lo strumento indaga 5 dimensioni concettuali: Informazioni ricevute su come si struttura il progetto Budget di Salute, efficacia percepita del servizio, relazioni con gli operatori, relazioni Sociali, ambito lavorativo / economico e tempo libero, sia dal punto di vista dell'utente che dei familiari ed hanno fatto rilevare un buon grado di soddisfazione. Anche nei confronti dei familiari è stata somministrata un'intervista semi strutturata. I primi risultati riconoscibili evidenziano una posizione favorevole e di soddisfazione rispetto al servizio ricevuto, alle attività socializzanti svolte, al rapporto co-costruito tra familiari - operatori / familiari - utenti. Il numero di persone intervistate nel 2018 è stato di 30 familiari, 55 utenti, alcune persone e i genitori dei soggetti con minore età non hanno dato il loro consenso alla somministrazione della intervista.

Sono state effettuate, anche per il 2018, delle interviste semi strutturate per tutti gli operatori del DSMDP, delle cooperative del privato sociale, eventuali altri attori dei percorsi con BdS. L'intervista semi strutturata proposta è costituita da 10 item che esplorano alcune aree legate al ruolo di operatore rispetto a questo tipo di progettualità, alla metodologia del Budget di Salute sia in termini di possibilità e difficoltà nel rispettare i vari passaggi previsti dalla procedura Dipartimentale che di efficacia percepita, i punti di forza ed i limiti dei PTRI con BdS, l'appropriatezza della rete di collaborazione tra i diversi attori coinvolti sviluppando un'occasione per segnalare le difficoltà nell'attivarla e mantenerla.

Nell'ambito degli eventi formativi previsti dal Dossier Formativo del DSM DP, lo strumento del Budget di Salute è stato inserito nei corsi: "Budget di Salute: esperienze a confronto, ed n. 1" e "L'aggressività nella relazione operatore - utente in situazioni di crisi". I corsi di formazione, aperti al Terzo Settore e che hanno approfondito anche gli aspetti legati al Budget di Salute sono stati i seguenti: "Confronto sulle pratiche cliniche nei casi di disturbo del comportamento (DCA) e "Il rischio suicidale in adolescenza".

Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

Nel corso dell'anno si è provveduto a periodici monitoraggi circa l'andamento della spesa e degli interventi in essere, nonché all'inserimento dei dati nel sistema di monitoraggio FRNA con cadenza semestrale.

E' stata fatta costantemente una verifica della sostenibilità delle scelte della programmazione locale garantendo il corretto utilizzo delle risorse 2018 ed i residui trascinati dagli anni precedenti.

La programmazione complessiva 2018, che tiene conto dei residui dell'anno precedente, riguarda un importo complessivo di € 13.887.208,68 per l'FRNA, di €. 1.453.721,9 per l'FNA, di €. 194.517, relativo al Progetto "Dopo di Noi" e di €. 17.794,00 relativo al Progetto di "Vita Indipendente".

Si precisa che le indicazioni regionali relative all'utilizzo delle risorse del FRNA rispetto ai servizi socio sanitari accreditati definitivamente sono state rispettate e che le prestazioni sanitarie rese nell'ambito dei servizi socio sanitari accreditati sono state correttamente imputate al fondo sanitario. In sede di aggiornamento, come di consueto, sono state apportate modifiche ed integrazioni per quanto riguarda la nuova classificazione degli ospiti (case mix), la rideterminazione del costo del lavoro e le variazioni intervenute nell'ambito degli elementi di flessibilità.

Di seguito, le attività poste in essere nel 2018:

- In occasione degli incontri con gli Enti Gestori, come lo scorso anno, si è riconosciuto il rimborso parziale di ore di sostegno psicologico: ore 674,25 annui pari a € 16.088,04.
- Per quanto riguarda la **popolazione anziana non autosufficiente** la spesa a consuntivo è stata: Case Residenze Anziani FRNA € 7.340.660,02; Centri Diurni Anziani FRNA € 347.904,18; Assistenza Domiciliare Anziani FRNA € 751.104,53. Sono stati erogati assegni di cura a n. 307 assistiti (totale liquidato nel 2018 per assegni di cura anziani e rimborso badanti pari ad € 537.306,46 a carico del FNA Vincolato e € 34.282,37 a carico del FNA Vincolato Gravissimi).
- L'Associazione Alzheimer, in collaborazione con l'Azienda, nel 2018 ha proseguito con l'attività dei Caffè Alzheimer in due località del Distretto con la partecipazione di n. 142 utenti, con un progetto di stimolazione cognitiva e supporto psicologico ai famigliari di persone affette da demenza (n. 15 utenti coinvolti). Con il FRNA si è sostenuta tale attività con € 1.102,00 in analogia agli anni precedenti.
- Per contrastare l'isolamento anziani ultra 75enni soli o con caregiver anziano nei periodi di caldo estivo sono state coinvolte le associazioni di volontariato che si sono impegnate a contattare gli anziani che avevano avuto in tale periodo ricoveri ospedalieri. Inoltre, attraverso gli interventi del servizio assistenza domiciliare è stato garantito supporto educativo, emotivo e psicologico ad anziani e disabili per il mantenimento della propria indipendenza e nelle proprie relazioni di vita.
- Sono stati monitorati gli indicatori socio sanitari nelle strutture Accreditate (ricoveri ospedalieri, accessi al servizio di emergenza accettazione, nonché lesioni da decubito, cadute, ecc.), attraverso incontri mensili di coordinamento con i Coordinatori delle CRA.
- Per quanto riguarda il programma demenze (DGR 990 del 04/07/2016) l'Azienda ha già da tempo recepito le indicazioni per i servizi della rete nella cura delle persone con demenza ed il sostegno ai famigliari di cui alla DGR 2581/99 relativamente al Centro Disturbi Cognitivi. Nel 2018 è stata fatta una giornata formativa sulla gestione del paziente demente con l'invito ai MMG della AUSL e grazie alla collaborazione con il medico geriatra del Centro disturbi cognitivi, sono stati maggiormente utilizzati i 4 posti della C.R.A Cassiano Tozzoli per periodi di ricoveri temporanei per pazienti affetti da demenza per un totale di 1.402 gg. di presenza contro i 1.158 gg. del 2017.
- E' proseguita l'attività di vigilanza delle strutture autorizzate attraverso la Commissione DGR 564.

- Nell'ambito dell'attività del Tavolo di promozione e sostegno del caregiver del Nuovo Circondario Imolese nel 2018 si è proseguito l'addestramento del caregiver prima della dimissione ospedaliera per quanto riguarda l'alimentazione tramite sondino nasogastrico e PEG e la respirazione artificiale (tracheo) e gestione dell'ossigenoterapia sul territorio.

Per quanto riguarda la **popolazione adulta disabile**:

- La spesa a consuntivo 2018 per la residenzialità disabili (strutture di Livello Alto e Medio) è stata di € 2.367.554,68 a carico del FRNA, per la Semiresidenzialità è stata di € 730.713,72 a carico del FRNA e di € 82.100,06 a carico del FNA Vincolato Gravissimo, mentre per i Centri Occupazionali è stata di € 330.159,51.
- Sono stati autorizzati n. 4 soggiorni di sollievo per disabili adulti per una spesa a carico del FRNA pari ad € 16.079,90.
- Sono stati erogati assegni di cura per disabili adulti e rimborso badanti, finalizzati a favorire l'assistenza a domicilio, per n. 53 utenti; per i gravissimi disabili la spesa a carico del FNA Vincolato Gravissimi è stata di €. 154.957,00, per gli handicap gravi la spesa è stata di €. 111.800,52 a carico del FNA Vincolato e di € 41.065,06 a carico del FNA Vincolato Gravissimi.
- Per la gravissima disabilità, ai sensi della DGR 2068/04, la spesa totale per la residenzialità a carico del FRNA è stata di € 212.343,33. Complessivamente gli utenti disabili gravissimi che hanno usufruito della residenzialità presso Case Residenza Anziani (C.R.A.) del territorio sono stati n. 14; un ulteriore utente ha usufruito di residenzialità in una struttura accreditata fuori territorio.
- Si è consolidata l'attuazione del Progetto in materia di vita indipendente coordinato dall'Ufficio di Supporto e di Piano del Nuovo Circondario Imolese con l'apporto tecnico della Cabina di Regia del progetto (composta da componenti dell'Azienda e del Servizio Sociale Territoriale dell'ASP Circondario Imolese). Lo stesso progetto ha integrato le indicazioni regionali più recenti in materia di Dopo di Noi, avviando l'utilizzo anche del relativo finanziamento dedicato. La spesa totale è stata di €. 5.787,68.
- Sono continuati gli incontri con l'associazionismo e familiari dei disabili. E' stato coinvolto un professionista dell'Azienda come riferimento tecnico per colloqui di ascolto ed accoglienza con le famiglie degli utenti con disturbi dello spettro autistico che iniziano ad avvicinarsi alla problematica del Dopo di noi.
- Nell'anno 2018 per quanto riguarda le persone con disturbi dello spettro autistico è proseguita la formazione specifica con il personale di pronto soccorso ospedaliero, con i pediatri ospedalieri focalizzato sull'accoglienza alle persone con disabilità cognitiva, sui disturbi del comportamento e la comunicazione; sono stati approntati strumenti informativi e logistici da utilizzare nel momento dell'accoglienza in Pronto Soccorso, oltre a una disponibilità telefonica degli educatori dell'Unità operativa NPIA.

Si riportano di seguito alcuni indicatori di attività:

- Corretto utilizzo FNA. Nel 2018 il finanziamento FNA ricevuto ammonta ad € 1.087.377 ad esso, si somma il residuo 2017, pari a € 366.344,90. Nell'anno 2018 l'obiettivo era di spendere almeno il 50% per i gravissimi disabili (art. 3 DM). A consuntivo risulta che è stato utilizzato il 60% nel FNA vincolato

(pari a € 649.106) ed il 40% del FNA vincolato PER gravissimi DISABILI (art. 3 DM), pari a € 440.031,99.

- Adeguata offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo: % giornate in accoglienza temporanea di sollievo/giornate annue in CRA (obiettivo $\geq 2\%$). Le giornate di sollievo nel 2018 sono state n. 537 in CRA Venturini; n. 1.402 giornate temporanee in CRA C. Tozzoli per gli anziani con demenza. A queste si aggiungono le giornate di temporaneità nella CRA F. Baroncini, dedicate a ricoveri post dimissione ospedaliera: n. 2.308. Il numero complessivo delle presenze nelle C.R.A. nel 2018 è di 177.376.
- Attuazione nuovi LEA sociosanitari. Assistenza domiciliare: monitoraggio della fornitura dell'assistenza domiciliare tutelare nei primi 30 giorni successivi alle dimissioni protette con rilevazione della % di pazienti con dimissione protetta e assistenza domiciliare nei primi 30 giorni (obiettivo = si). Nel 2017 sono stati presi in carico circa 88 utenti (80 anziani ed 8 adulti disabili) e sono state erogate 1.366 ore. Nel 2018 sono stati presi in carico 112 utenti (106 anziani e 6 adulti disabili) e sono state erogate 1.823,20 ore.
- Realizzazione iniziative specifiche di sensibilizzazione di gestori dei servizi socio assistenziali e socio assistenziali, medici di medicina generale e associazioni di volontariato e famiglie sul tema dell'abuso: nel 2018 è stata effettuata da parte dell'AUSL una azione formativa con il coordinatori delle case residenze anziani e dei centri disabili.
- Realizzazione iniziative formative sul tema del care giver rivolte agli operatori sanitari in ogni distretto: nel 2018 è stato fatto un incontro informativo con i medici di medicina generale e un incontro con il comitato consuntivo misto aziendale.
- Applicazione del Programma Regionale "Dopo di Noi" Legge 112/2016: nel 2018 si è avviato il programma "Dopo di Noi", la spesa sostenuta è stata di €. 140.630,82 a fronte dei seguenti interventi: Azione di tipo A (percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine) per un monte ore totale di n. 1.443,10; Azione di tipo B (Interventi socio educativi di gruppo) per un monte ore totale di n. 625; Azione di tipo C (Programmi di accrescimento della consapevolezza, l'abitazione e lo sviluppo delle competenze per favore l'autonomia) per un totale di 14 weekend; interventi di permanenza temporanea in situazione abitative extra familiari e per interventi di ristrutturazione arredi ecc.

AREA ANZIANI

Assistenza domiciliare e servizi connessi. L'assistenza domiciliare nel 2018 ha subito un incremento, rispetto al 2017, legato all'aumento della domanda per cui la spesa 2018 è stata di € 751.104,53 a fronte di n. 54.365,70 ore, suddivisa tra interventi socio assistenziali e socio educativi con un aumento, rispetto al 2017, del 1,015%. Nell'ambito di tale offerta aggiuntiva si evidenzia l'assistenza tutelare gratuita al care giver nel post dimissione, erogata ad 80 persone per un totale di 1.589,12 ore ed un costo pari a € 21.674,80. Nell'anno 2018 è stato utilizzato il FNA (parte vincolata a favore delle gravissime disabilità) per sostenere la domiciliarità a n. 5 utenti contribuendo alla quota sociale dell'assistenza domiciliare per un importo pari a € 14.001,50. La spesa relativa ai pasti forniti a domicilio agli anziani non autosufficienti nel

2018 è stata finanziata dal Fondo Regionale per la non Autosufficienza, con una spesa complessiva di circa € 183.000,00. Sono stati forniti complessivamente n. 45.748 pasti. Tale spesa registra il medesimo andamento rispetto al 2017. La spesa relativa ai trasporti, ai sensi del DGR 1206/2007, è stata finanziata in parte con il FRNA, per una spesa complessiva pari a € 4.000; la restante spesa relativa ai trasporti è invece stata finanziata dall'Azienda Servizi alla Persona del Circondario Imolese, attraverso il Fondo Sociale.

Per favorire il mantenimento al domicilio dell'anziano non autosufficiente si sono erogati assegni di cura a 307 anziani finanziati, rispettivamente, per un importo di € 478.378,13 con il Fondo Nazionale per le non Autosufficienze (FNA) e per l'importo di €. 27.592,47 con il FNA vincolato alle gravissime disabilità. A tali importi si somma la spesa per il contributo aggiuntivo per le assistenti familiari assunte con regolare contratto, finanziata per l'importo di € 58.928,33 a carico del FNA e per l'importo di € 6.689,90 a carico del FNA vincolato alle gravissime disabilità.

Assistenza semiresidenziale. I posti semiresidenziali accreditati sono n. 52 suddivisi nelle 3 sedi: Imola, Castel S. Pietro e Medicina, per un totale di n. 13.874 giornate di presenza, di cui n. 1.741 relative ad ospiti con problemi di disturbo di comportamento, su tale ultimo dato si rileva una diminuzione rispetto all'anno precedente. La spesa per i posti semiresidenziali è stata di € 347.904,17 (comprensivi delle giornate di effettiva presenza e delle giornate di assenza pagate in forma ridotta).

Assistenza residenziale. I posti residenziali accreditati presenti al 01/01/2018 nel territorio aziendale sono n. 507, così suddivisi:

- n. 474,33 posti medi residenziali definitivi;
- n. 7 posti per ricoveri temporanei post dimissione, ridotti a 6 posti a far data dal 01/6/2018;
- n. 1,47 posti medi per ricoveri di sollievo (posti utilizzati preferibilmente nel periodo estivo e in occasione di festività);
- n. 3,84 medi posti temporanei per anziani con demenza;
- n. 9,10 posti medi per inserimenti individuali per gravissimi disabili ai sensi della DGR 2068/04.

Complessivamente le strutture hanno rendicontato e fatturato n. 177.376,00 giornate (comprese anche le 3.200,00 giornate di assenza pagate in forma ridotta), con un costo totale di € 7.340.681,09 finanziato con il FRNA. Si è registrata un'occupazione media dei posti residenziali del 95%.

Nel corso dell'anno è stata avviato un progetto di riconversione di una CRA per anziani in struttura per cittadini adulti vicini all'età anziana, con disabilità cognitivo comportamentale, clinicamente stabilizzati, che presentano bisogni prevalentemente nell'area del supporto educativo, sociale e della riabilitazione di mantenimento, senza necessità di assistenza sanitaria continuativa a livello residenziale. L'avvio graduale ha nel 2017/2018 comportato la riconversione di n. 2 posti a favore di disabili.

Accoglienza temporanea post dimissione. Le giornate di temporaneità post dimissione nella Casa Residenza per Anziani Fiorella Baroncini di Imola nel 2018 sono state n. 2.308, con una spesa pari a € 286.267,79 a carico del FRNA. Le giornate di temporaneità per anziani con demenza nella Casa Residenza per Anziani Cassiano Tozzoli di Imola nel 2018 sono state n. 1.402,00, con una spesa pari a € 79.610,58 a carico del FRNA.

Accoglienza temporanea di sollievo. L'accoglienza di sollievo è stata garantita nel 2018 nella Casa Residenza di Imola (Via Venturini) con n. 1,47 posto mediamente occupato per tutto l'anno. Sono stati assicurati 537 giorni di accoglienza di sollievo con una spesa complessiva a carico del FRNA di € 37.065,73.

All'interno dei posti accreditati si è riproposto, con successo, il sollievo alle famiglie nei servizi semiresidenziali (Centri Diurni di Imola e Medicina) nelle giornate festive.

AREA DISABILI

Assistenza a favore di disabili gravissimi (DGR 2068/2004). In applicazione alla DGR 2068/04 gli utenti disabili gravissimi che hanno usufruito della residenzialità presso Case Residenza Anziani accreditate (CRA) del territorio sono stati n. 14; un ulteriore utente è stato "ospitato" presso il Centro Residenziale Luce sul Mare. Il totale delle giornate è stato di n. 3.894. Si precisa che la spesa totale per la residenzialità dei gravissimi disabili, a carico dell'apposito finanziamento a valere sul FRNA, è stata di € 212.343,33 mentre a carico del FSR è stata di € 259.512,50. Nel 2018 sono stati, inoltre, erogati assegni di cura a favore di n. 20 disabili gravissimi per un importo di € 151.107,00 a carico del FNA vincolato alle gravissime disabilità.

Sviluppo rete per disabili adulti secondo le priorità indicate nella DGR 1230/08. E' proseguita l'attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale di ambito distrettuale per l'area disabili, che ha valutato tutti i nuovi inserimenti utilizzando la scheda di rilevazione dei bisogni proposta dalla Regione. Nel territorio dell'Azienda è presente un CSSR accreditato, Don Leo Commissari, con n. 15 posti e n. 2 posti per sollievo, ulteriori n. 11 utenti sono presenti presso CSSR accreditati fuori territorio, per un totale nel 2018, di n. 8.590 giornate (spesa totale a carico FRNA pari a € 1.041.591,63). Gli utenti con disabilità di livello medio sono stati inseriti in comunità alloggio, gruppi appartamento, residenze protette, sulla base delle valutazioni effettuate dalla commissione UVM. Gli utenti in carico nel 2018 sono stati n. 72, per un totale di n. 23.572 giornate e con una spesa totale di € 1.325.963,05, a carico del FRNA.

Interventi di sollievo a favore di disabili. Sono stati inoltre effettuati n. 4 interventi di sollievo, per un totale di 180 giornate con una spesa totale, a carico FRNA, di € 16.079,90.

Centri socio-riabilitativi diurni e Centri socio-occupazionali. Nel territorio aziendale ci sono n. 2 centri socio-riabilitativi diurni accreditati dove sono inseriti complessivamente n. 31 utenti, ulteriori 8 utenti sono stati inseriti in centri socio-riabilitativi diurni (n. 7 nel privato e n. 1 in un centro accreditato fuori territorio); le giornate di frequenza complessivamente ammontano a n. 8.864 con una spesa totale di € 730.713,72. Gli utenti che hanno frequentato i centri socio-occupazionali sono stati n. 83 per un totale di n. 17.661 giornate (spesa totale di € 330.159,51). Al fine di dare un supporto alle persone non autosufficienti ed alle loro famiglie, mediante l'accoglienza nei Centri socio riabilitativi diurni, si è assunto l'onere sociale utilizzando il Fondo Nazionale vincolato alle gravissime disabilità per una spesa di € 82.100,06.

Assistenza domiciliare per disabili ed assegni di cura. Le ore di assistenza domiciliare di tipo socio-educativo e socio-assistenziale prestate nel 2018 ammontano a n. 24.488,89 (spesa totale di €. 344.240,34 a carico del FRNA). Nell'ambito di tale monte ore è stata fornita un'assistenza tutelare gratuita al care giver nel post dimissione a favore di n. 6 persone con disabilità per un totale di 234,08 ore (costo pari ad € 3.165,10).

Per favorire interventi di sollievo e sviluppare spazi di autonomia ai familiari, è stata inoltre fornita assistenza socio-educativa e socio assistenziale a favore di gravissimi disabili sostenendo la quota relativa agli oneri sociali attraverso il finanziamento garantito dal FN vincolato alle gravissime disabilità, (spesa sostenuta € 12.722,61 per l'assistenza socio educativa e ad € 48.522,91 per l'assistenza socio assistenziale).

Nel 2018 si è assunta la spesa a carico del FRNA per l'importo di € 1.623,62 per un supporto educativo territoriale a favore di un disabile. Al fine di dare un supporto alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie mediante la fornitura pasti, si è assunto anche l'onere sociale utilizzando il FNA vincolato alle gravissime disabilità, pari a € 1.478,19. Sono stati, inoltre, erogati assegni di cura ad assistiti portatori di handicap grave (L. 104/92) a carico dell'FNA (erogati a n. 43 utenti) per un importo a carico del FNA pari ad € 109.011,85 e un importo di € 41.065,06 a carico del FNA vincolato alle gravissime disabilità.

La spesa per il contributo aggiuntivo per assistenti famigliari con regolare contratto è stata per € 2.788,67 a carico del FNA e per € 3.850,00 a carico del FNA vincolato alle gravissime disabilità.

PROGRAMMI TRASVERSALI

Progettualità rivolte alla popolazione anziana fragile. A favore degli anziani sono stati realizzati, a carico del FRNA (allegato 4 della DGR 1206/2007), i seguenti progetti a supporto della domiciliarità:

- Progetto spazio di incontro e confronto denominato "Caffè Alzheimer". Tale progetto, coordinato dall'Associazione Alzheimer, è stato portato avanti a Imola, Castel San Pietro Terme si è realizzato nell'ambito di incontri che complessivamente hanno visto la partecipazione di n. 145 partecipanti; il contributo erogato per tale progetto ammonta ad € 1.102,00.
- Progetto "Centro A'Marcord". Il progetto è proseguito nel 2018 e ha riguardato una media di 20 - 25 anziani presenti giornalmente con una spesa complessiva, a valere sul FRNA, di € 120.806,00.

Progettualità rivolte alla popolazione disabile. Di seguito le progettualità svolte, nel 2018, a favore della popolazione disabile:

- Progetti individuali di assistenza personalizzata rivolti a utenti disabili. La spesa, per la realizzazione dei progetti, a carico del FRNA, è stata di € 18.714,90.
- Trasporti. Al fine di dare un supporto alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie mediante il trasporto ai centri si è assunto l'onere sociale pari a € 50.108,33, utilizzando FNA vincolato alle gravissime disabilità.
- "Budget di salute". Sono proseguiti, nel 2018, gli interventi di livello domiciliare su pazienti disabili in carico al DSM nell'ambito del progetto "Budget di Salute" e sono stati estesi anche a utenti dell'UO Dipendenze Patologiche; tali interventi (affidati, attraverso un ampliamento del Contratto di Servizio, al medesimo gestore accreditato degli interventi domiciliari a favore della popolazione anziana/disabile), sono stati finanziati con il FSR. Gli interventi, che si collocano invece in un ambito prettamente socio-assistenziale, sono stati posti a carico del FRNA: in particolare, sono stati erogati n. 1.496 pasti per una spesa totale di € 11.538,02 e n. 850,30 ore di servizi di pulizia, per un totale di € 17.120,58.
- Interventi per la mobilità privata delle persone con grave disabilità. L'importo complessivo speso per tale intervento ammonta ad € 7.984,05 a carico FRNA.

- Intervento di supporto a favore di disabili assistiti in ambito residenziale. L'importo complessivo di tale intervento ammonta ad € 27.140,61 a carico FRNA.

Percorso integrato adattamento domestico. Il Circondario Imolese ha partecipato all'attività del CAAD; tale partecipazione ha favorito l'integrazione con il Centro Ausili di Imola. La spesa relativa a tale partecipazione è finanziata dal FRNA e nel 2018 è stata pari a € 26.118,00. Si precisa, inoltre, che ai sensi dell'art. 10 della LR n. 29/97, per l'adattamento domestico e per favorire l'autonomia del disabile nel proprio contesto abitativo, sono stati erogati contributi, a carico del FNA vincolato alle gravissime disabilità, per un totale di € 793,96.

Applicazione del Programma Regionale Dopo di Noi Legge 112/2016.

Nel 2018 si è avviato il programma "Dopo di Noi", con una spesa di €. 77.151,82 a fronte dei seguenti interventi:

- 1) Azione di tipo A (percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine) per un monte ore totale di n 1.443,10;
- 2) Azione di tipo B (Interventi socio educativi di gruppo) per un monte ore totale di n. 625;
- 3) Azione di tipo C (Programmi di accrescimento della consapevolezza, l'abitazione e lo sviluppo delle competenze per favore l'autonomia) per un totale di 14 weekend;
- 4) Azione di tipo D (Interventi di permanenza temporanea).

Programma "Vita Indipendente". Nell'anno 2018 si è consolidata l'attuazione del Progetto in materia di vita indipendente coordinato dall'Ufficio di Supporto e di Piano del Nuovo Circondario Imolese con l'apporto tecnico della Cabina di Regia del progetto (composta da componenti dell'Azienda e del Servizio Sociale Territoriale dell'ASP Circondario Imolese). Lo stesso progetto ha integrato le indicazioni regionali più recenti in materia di Dopo di Noi, avviando l'utilizzo anche del relativo finanziamento dedicato. La spesa totale è stata di €. 5.787,68 di cui €. 2.497,60 a carico dell'FRNA.

5. Area della produzione

L'AUSL di Imola è dotata di un Presidio Ospedaliero a gestione diretta (Presidio ospedaliero Imola - Castel San Pietro Terme) oltre ad un Distretto che vede una capillare distribuzione dei servizi sull'intero territorio secondo un principio di prossimità. Nel territorio dell'AUSL di Imola non sono presenti case di cura private convenzionate. Insiste sul territorio aziendale l'Istituto di Riabilitazione di Montecatone (MRI), Istituto qualificato presidio dell'Azienda, Ospedale monospecialistico gestito nella forma di S.p.A, i cui soci sono l'AUSL di Imola ed il Comune di Imola, con capitale interamente pubblico.

I Servizi ospedalieri e territoriali, come riportato, sono fortemente integrati tra loro al fine di permettere una reale presa in carico del paziente, secondo il modello assistenziale per intensità di cura.

In tale ottica si collocano le due Case della Salute di Castel San Pietro Terme (con annesso Ospedale di Comunità) e Medicina. Si richiama, a questo proposito, la riorganizzazione (2014 – 2015) relativa alla dotazione dei Posti Letto ospedalieri per acuti, a seguito della trasformazione di posti ordinari di lungodegenza in posti letto territoriali (Ospedale di Comunità afferente al DCP) istituiti all'interno della Casa della Salute di Castel San Pietro Terme e la riorganizzazione nel 2016 delle degenze internistiche che ha modificato l'assetto organizzativo del Dipartimento medico oncologico.

Nel 2018 di rilievo si segnala, nell'ambito del Dipartimento Chirurgico, la riorganizzazione della nuova piattaforma chirurgica interaziendale a partire da gennaio 2018, meglio descritta al successivo paragrafo quando si parla di "Reti cliniche integrate". Nello specifico di queste riorganizzazioni si rimanda ai paragrafi successivi dedicati alla descrizione organizzativo-funzionale dei singoli Dipartimenti.

5.1 Riordino assistenza ospedaliera

Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero di cui alla DGR 2040/2015

In applicazione dei parametri dettati dalla DGR 2040/2015 è prevista una riduzione di 225 Posti Letto nell'Area Metropolitana di Bologna (rispetto alla dotazione al 1 settembre 2015). Gli indirizzi e le azioni avviate in ordine a tale obiettivo prevedono un efficientamento dell'attività ospedaliera, nell'ambito di una nuova programmazione metropolitana sulla base di linee di programmazione già individuate ed avviate, con particolare riferimento, da una parte alla conversione in regime ambulatoriale di attività in precedenza erogate in Day hospital, Day Surgery e di ricoveri programmati 0-1 giorno, e dall'altra attraverso l'introduzione di modelli organizzativi innovativi, che vedono, attraverso lo sviluppo di percorsi maggiormente orientati all'intensità di cura, la riorganizzazione dell'area post-acuzie con la conversione di PL post-acuti in tipologie di assistenza territoriale attraverso il potenziamento della rete delle cure intermedie.

Il Presidio Ospedaliero di Imola presenta una dotazione di posti letto al 31.12.2018 complessiva pari a PL 344. L'incremento di 21 PL è imputabile, come già richiamato, al ripristino dei posti letto ex Chirurgia interaziendale a favore della nuova riorganizzazione della piattaforma chirurgica avvenuta a gennaio 2018:

Posti Letto	31/12/2016	31/12/2017	31/12/2018
PL ordinari	307	308	327
PL Day Hospital	21	6	6
PL Day Surgery	15	10	11
Totale	343	324	344

Sono, inoltre, attivi presso la Casa della Salute/Ospedale di Comunità di CSPT 21 PL residenziali di cure intermedie e 12 PL di Hospice. Nel territorio Imolese incide inoltre la struttura ospedaliera di riabilitazione di Montecatone con 150 PL ordinari 8 PL di DH.

Nell'ambito delle azioni di riorganizzazione della rete ospedaliera, sulla base della programmazione definita dalla CSST a livello metropolitano nel 2017 e proseguita nel 2018, si sono avviati diversi progetti:

1. Del. DG n. 269/2017 "Approvazione dell'atto di intesa tra l'AUSL di Imola e l'Alma Mater Studiorum-UNIBO di Bologna e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e approvazione del conseguente accordo fra l'AUSL di Imola e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna per lo sviluppo delle funzioni di chirurgia senologica", finalizzato a disciplinare la conduzione unificata in forma interaziendale delle funzioni e attività di Chirurgia senologica, secondo il "Progetto di Integrazione delle funzioni di Chirurgia Senologica tra AOU di Bologna e AUSL Imola".
2. Del. DG n.282 del 24/12/2018 relativa al "Rinnovo dell'Accordo fra l'Azienda USL di Imola e l'Azienda USL di Bologna per lo sviluppo dell'integrazione organizzativa nell'ambito della rete clinica di Chirurgia Generale di area metropolitana", con la quale viene definito l'assetto organizzativo della Chirurgia Generale.
3. Del. DG n. 145/2017 "Preso d'atto e recepimento dell'accordo fra l'Azienda USL di Imola e l'Azienda USL di Bologna per lo sviluppo della rete urologica di Area metropolitana".
4. Del. DG n. 10/2018 "Accordo convenzionale fra l'Istituto Ortopedico Rizzoli e l'AUSL di Imola per lo sviluppo della funzione ortopedica per l'anno 2018-Approvazione e provvedimenti conseguenti" (ambiti di intervento Ortopedia pediatrica e Chirurgia della spalla).

Per una sintesi di dettaglio sulle collaborazioni realizzate dall'AUSL di Imola in ambito sanitario, sotto forma di **reti cliniche integrate e rapporti Hub & Spoke**, si rinvia al capitolo 2 "Executive Summary".

Rete dei Centri Senologia

Il Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del carcinoma della mammella è governato dal documento aziendale "Gestione della paziente affetta da neoplasia della mammella" doc. Nr. 4389 del 2014.

In questa relazione viene rendicontato l'andamento riferito all'anno 2018 attraverso l'analisi degli indicatori di percorso e di fase individuati. Il modello di analisi è retrospettivo sui casi clinici entrati nel percorso in qualsiasi fase dell'assistenza (diagnostica, terapeutica, di follow-up) ed è stato effettuato utilizzando un registro di sintesi gestito dall'infermiera care manager in formato di foglio elettronico che viene implementato manualmente utilizzando i flussi correnti (applicativi per la gestione degli accessi in Day Service, per la refertazione ambulatoriale GSA, per la gestione delle liste di attesa per gli interventi chirurgici (LAT), per la gestione dei ricoveri (Iperico) e per la registrazione degli interventi chirurgici).

Il PDTA della mammella è stato governato nella fase di redazione attraverso la formalizzazione del gruppo di lavoro e con l'individuazione del responsabile clinico. Queste indicazioni sono state inserite nel documento di pianificazione aziendale (budget) annuale già a partire dal 2013.

Nel budget relativo al 2018 sono presenti gli indicatori di efficienza "Percentuale di donne che iniziano la terapia citotossica neoadiuvante entro 45 giorni dalla diagnosi biptica", attribuito alla UOC Oncologia e l'indicatore di esito "Percentuale di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella (Siver-PP IND0398)" attribuito alla Breast Unit.

Nel corso del 2018 sono state prese in carico complessivamente 146 donne. Di queste 67 (46%) provenivano dal percorso di screening mammografico mentre la restante quota (78 donne, pari al 54%) dai diversi setting assistenziali che gestiscono il sospetto clinico. Coloro che hanno rinunciato a proseguire il percorso aziendale sono state 7, pari al 4,8%, 139 (95,2%) le donne che hanno proseguito il percorso.

Gli indicatori di monitoraggio previsti dal documento aziendale prevedono l'analisi di aspetti legati all'efficienza organizzativa, all'appropriatezza clinica ed all'esito e sono di seguito elencati con il relativo standard di riferimento:

Indicatore	Anno 2018	Standard
APPROPRIATEZZA: % di donne sottoposte a re-intervento chirurgico per tumore della mammella nei 4 mesi successivi al primo intervento di chirurgia conservativa (sono esclusi i re-interventi in presenza di linfadenectomia ascellare effettuata nei 4 mesi successivi). Indicatore InSiDER PP n. 398	4,29%	≤10%
APPROPRIATEZZA: % di pazienti operate che eseguono mammografia di follow-up entro 18 mesi dall'intervento	89%	≥ 90%
EFFICIENZA: Percentuale di donne sottoposte a chemioterapia adiuvante entro 45 giorni dall'intervento chirurgico conservativo per tumore infiltrante della mammella	89%	≥ 80%
ESITO: Percentuale di recidive mammarie dopo chirurgia conservativa a 5 anni	NV	≤5%

Il primo indicatore secondo i dati in InSiDER appare ampiamente entro lo standard previsto.

La percentuale di pazienti operate che eseguono mammografia di follow-up entro 18 mesi dall'intervento si è ridotta rispetto all'anno precedente e si attesta leggermente al di sotto dello standard.

Si segnala che l'indicatore di esito che esplora la percentuale di recidive mammarie dopo chirurgia conservativa a 5 anni non è attualmente calcolabile in quanto la casistica viene monitorata a partire dal 2015. L'analisi del set di indicatori individuati permette di affermare che la qualità del percorso in termini di appropriatezza ed efficienza è in linea con quanto declinato in termini di standard a livello regionale.

Vengono inoltre monitorati alcuni indicatori di fase che misurano in particolare l'efficienza organizzativa della presa in carico in ciascuna fase, qui declinati con il relativo standard. Se ne elencano alcuni, in particolare quelli oggetto di monitoraggio aziendale e quelli che necessitano di azioni di miglioramento.

Indicatore	Anno 2018	Standard
Percentuale di pazienti che iniziano la terapia citotossica neoadiuvante entro 45 giorni dalla diagnosi bioptica/totale delle pazienti in cui è indicata la terapia neoadiuvante	7 casi, 100%	≥ 80%
Percentuale di accertamenti di secondo livello presi in carico entro 15 giorni dalla mammografia/ecografia/totale delle richieste	di cui il primo effettuato entro 15 giorni effettivi 76,5%	≥ 80%
Percentuale pazienti sottoposte ad intervento chirurgico entro 30 gg dal momento dell'inserimento in LAT	100%	≥90%

L'indicatore che misura la tempestività di accesso alla terapia neoadiuvante, inserito nel documento di budget 2017, vede il 100% delle 7 pazienti trattate in linea con lo standard dei 45 giorni.

L'indicatore che rileva la presa in carico per gli esami di II livello è stato misurato con la rilevazione della esecuzione effettiva dell'esame (del primo esame, se multipli), entro i 15 giorni. Il tasso rilevato, del 76,5%, pur migliorato rispetto all'anno precedente, evidenzia la necessità di migliorare questa fase.

La tempestività dell'intervento a seguito dell'inserimento in lista di attesa per la chirurgia senologica è di 30 giorni per gli interventi di classe A, ovvero di chirurgia oncologia per neoplasia maligna. La percentuale delle pazienti che ha eseguito l'intervento chirurgico entro 30 giorni si è attestata al 100%, superando lo standard regionale previsto del 90%. A questo proposito si segnala che, con la deliberazione aziendale n. 269 del 22/12/2017, è stata istituita la Breast Unit nell'ambito delle collaborazioni che l'AUSL di Imola ha attivato con l'Azienda Ospedaliera S. Orsola e con l'Università degli Studi di Bologna e con la quale i chirurghi senologi della Unità operativa del Prof. Mario Taffurelli, a partire da quella data, accedono alle sale operatorie di Imola per la gestione delle pazienti con neoplasia della mammella.

Nel corso del 2018 è stata elaborata e resa operativa la procedura P-INT 43 che regola la valutazione multidisciplinare congiunta al S. Orsola. E' stato inoltre attivato l'ambulatorio "Stili di Vita" con la dietologa dedicata. La valutazione di fattibilità di un registro pazienti informatizzato trova nell'applicativo "Arianna" lo strumento più idoneo.

Rete per la Terapia del dolore

Obiettivo: "% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero". Target: > 95%. Il dato complessivo per il 2018 è pari all'86,4%, con una performance in peggioramento rispetto al 2017 (88,1%).

Le verifiche sulla corretta registrazione del dolore nella Cartella Clinica vengono effettuate dall'Ufficio Controlli Sanitari, che pubblica periodicamente i risultati per le singole UUOO sul sito intranet aziendale (area "Controlli sanitari"), mettendoli a disposizione del Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore (COTSD).

Il COTSD effettua controlli a campione su tutti i reparti ospedalieri per verificare la conformità della rilevazione del dolore (presenza di almeno una rilevazione al giorno), non risultando per il 2018 criticità né in ambito ospedaliero né sul territorio/OsCo.

Ciò è confermato dai dati rilevati in cartella infermieristica informatizzata, che riportano la rilevazione del dolore in cartella clinica: correggendo ex-post il dato SDO con i dati registrati in cartella informatizzata, il dolore risulta rilevato nel 96,8% dei ricoveri.

In considerazione del non raggiungimento del target (> 95%) previsto dall'indicatore InSIDER (IND0725 calcolato da SDO: 86,35) saranno comunque intraprese specifiche azioni di sensibilizzazione ai professionisti rispetto alla qualità della codifica (attraverso il COTSD e i Comitati di Dipartimento).

Rete delle Cure palliative pediatriche

In data 28.12.2018 si è costituito il gruppo di Coordinamento della Rete delle Cure palliative Pediatriche. Come anche si è provveduto ad inviare il report richiesto dalla Regione sui pazienti della nostra AUSL che rientrano nella tipologia delle Cure Palliative Pediatriche. Alcune professioniste, un medico e alcune infermiere della domiciliare, parteciperanno il 9 Aprile e il 14 maggio 2019 al Corso sulle Cure Palliative pediatriche al Campus di Bentivoglio.

Reti per le patologie tempo-dipendenti

In riferimento alle patologie tempo-dipendenti si riportano di seguito in tabella i dati di performance realizzati presso l'Azienda.

DGR 2040/2015 e Accordo Stato Regioni del 24/01/2018. Volumi IMA per struttura. Target: >= 100 casi/anno	100% IND0381 "Infarto miocardico acuto: % di ricoveri in stabilimenti sopra soglia" (dato InSIDER: performance Ausl Imola 2018 = 100%, corrispondente a 266 casi)
DGR 2040/2015 e Accordo Stato Regioni del 24/01/2018. Volumi PTCA. Target: > =250/anno	non applicabile: Imola non ha sala di emodinamica, le PTCA vengono effettuate in fast-track (PTCA primarie) oppure in modalità "service" c/o Villa Maria Cecilia Hospital
DGR 2040/2015 e Accordo Stato Regioni del 24/01/2018. Volumi PTCA primarie. Target: >= 75 (proporzione di PTCA primaria >= 65%)	non applicabile: Imola non ha sala di emodinamica, le PTCA vengono effettuate in fast-track (PTCA primarie) oppure in modalità "service" c/o Villa Maria Cecilia Hospital
DGR 2040/2015 e Accordo Stato Regioni del 24/01/2018. % di casi di stroke con centralizzazione primaria. Target: > 80%	IND0717 "% di casi di ictus ischemico con centralizzazione primaria"(dato InSIDER: performance Ausl Imola relativa ai primi 9 mesi = 100%)
DGR 2040/2015 e Accordo Stato Regioni del 24/01/2018. % transiti in stroke unit. Target: > 75%	Per Imola è identificato come "stroke unit" il reparto codice 02601. L'indicatore Insider registra che nei primi 9 mesi 2018 risultano transitati dal reparto 1 pz su 142 casi di stroke. Dalla relazione interna sul percorso Stroke solo nel primo semestre 2018 si è registrato un 50% di pazienti affetti da Ictus Ischemici che sono stati dimessi dal reparto di Medicina A (identificato con il codice 02601 sopra citato).
DGR 2040/2015 e Accordo Stato Regioni del 24/01/2018. % trombolisi e.v. Target: > 12%	IND0664 "% trombolisi in pazienti con ictus" (dato InSIDER: performance Ausl Imola 2018 = 5,35%). Il dato del 2018 registra una lieve diminuzione della percentuale di ricorso a tale trattamento rispetto all'anno precedente (nel 2017 l'8% dei casi di ictus ischemico è stato trattato con trombolisi)
DGR 2040/2015 e Accordo Stato Regioni del 24/01/2018. % intra-arteriosa. Target: > 3 %	IND0719 "% intra-arteriosa in pazienti con ictus ischemico" (dato InSIDER: performance Ausl Imola 2018 = 0%, corrispondente a 0 trombectomie su 142 stroke). Il percorso aziendale prevede che il pz eleggibile per trombectomia venga centralizzato presso il PS dell'Ospedale Maggiore e quindi successivamente ricoverato presso tale struttura. Tuttavia il PS dell'AUSL mantiene monitorati i volumi di tale attività e nel 1 semestre 2018 non sono stati centralizzati pazienti da sottoporre a trombectomia.
DGR 2040/2015 e Accordo Stato Regioni del 24/01/2018. % riabilitazione post-stroke codice 56. Target: > 12%	IND0716 "% riabilitazione post ictus ischemico in reparto 056" (dato InSIDER: performance Ausl Imola 2018= 0%, corrispondente a 0 casi su 132 stroke). L'indicatore considera il numero di pazienti con un almeno un accesso in riabilitazione 056: presso l'AUSL di

	Imola i letti di Riabilitazione vengono codificati con la disciplina codice 60. Solo nel primo semestre 2018 sono stati trasferiti presso tale UO un totale di 39 ricoveri, che sul totale degli ictus ischemici (equivalenti a 142) corrispondono al 27%
--	---

Emergenza ospedaliera

Per la rete dell'emergenza ospedaliera l'Azienda è dotata di un Piano Emergenza Massiccio Afflusso Feriti (P.E.M.A.F.) già a partire dall'anno 2013. Nel 2018 è stato aggiornato il PEMAFA approvato dal Collegio di Direzione Aziendale nella seduta del 10 Dicembre 2018.

Nel corso del 2018 è stato redatto il "Piano di gestione del sovraffollamento in PS" che declina tutte le azioni da mettere in campo nei momenti dell'anno nei quali si realizza il sovraffollamento (redatto secondo le indicazioni specifiche contenute nella DGR 1827/2017 che richiedeva le azioni per il miglioramento della fase di throughput: fast track, affidi specialistici, gestione diagnostiche e consulenze). Inoltre, è stato aggiornato anche il sistema informativo del PS, implementando la rilevazione dell'algoritmo NEDOCS (implementazione conclusa verso la fine dell'anno 2018). Relativamente all'adeguamento della funzione di bed-management, dal mese di marzo 2018, è stata ampliata la presenza del Bed Manager Infermieristico fino al sabato mattino e a fine anno fino a tutto il turno festivo.

Dal lato del Pronto Soccorso durante l'anno sono stati condivisi i percorsi di fast track per le discipline di ORL, Ortopedia e Ginecologia; sono state implementate le richieste ed i relativi referti delle consulenze specialistiche sull'applicativo informatico.

I professionisti e la Direzione medica di Presidio hanno partecipato ai tavoli di lavoro per la predisposizione dei PDTA per la BPCO e per lo scompenso cardiaco quali percorsi di presa in carico ospedale/territorio.

La rilevazione del tempo mediano di permanenza in PS (InSiDER IND0720), nel 2018, riporta per l'AUSL di Imola un valore pari a 189 minuti (nel 2017: 175 minuti).

La procedura interaziendale per la gestione del Servizio di Trasporto delle Emergenze Neonatali (STEN) è stata formalizzata e applicata a decorrere dal 15/12/2016. Nel 2017 è stata inoltre formalizzata la procedura aziendale per la gestione del Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM).

Nel dicembre 2018 è stato effettuato audit clinico congiunto per i percorsi STEN e STAM presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna al quale ha partecipato anche il personale dell'AUSL di Imola.

Attività trasfusionale

La rete del Sistema sangue della RER è organizzata secondo il modello *Hub and Spoke* che fa riferimento al Centro Regionale Sangue (C.R.S.) che è la Struttura di Coordinamento tecnico organizzativa della Regione che garantisce attività di supporto alla programmazione regionale in materia di attività trasfusionali e di coordinamento e controllo tecnico-scientifico della rete trasfusionale regionale, in sinergia con il Centro Nazionale Sangue (C.N.S.).

Il C.R.S. si avvale del Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) dell'AUSL di Bologna per la gestione delle attività di competenza. In particolare, il C.R.S. concorre al raggiungimento dell'obiettivo strategico del SSN, a valenza sovra-aziendale e sovra-regionale, dell'autosufficienza quantitativa e qualitativa. Attraverso accordi convenzionali annuali, il C.R.S. garantisce il sangue, ad alcune Regioni carenti,

quali Sicilia e Toscana. Pertanto, il C.R.S., attraverso il SIMT dell'AUSL di Bologna, raccoglie le disponibilità e le capacità produttive eccedenti il fabbisogno locale presente sul territorio regionale e, prioritariamente, le colloca in Regione (Strutture e Ospedali carenti) e successivamente fuori Regione (Regioni carenti).

Nel contesto regionale l'area di maggior sofferenza in termini di carenza di sangue ed emocomponenti è rappresentata dall'Area Metropolitana Bolognese, facente parte dell'Area Vasta Centro, per la presenza di due Strutture sanitarie con determinate peculiarità: l'Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi e l'Istituto Ortopedico Rizzoli. Entrambe le suddette Strutture si caratterizzano per interventi e prestazioni di alta specializzazione, con un elevato impiego di sangue ed emocomponenti, per pazienti/utenti residenti nell'area metropolitana e provenienti da diverse realtà nazionali ed internazionali.

La Struttura Trasfusionale dell'AUSL di Imola è parte integrante del SIMT AMBO e opera in sinergia con le altre strutture (SIMT ASL BO, SIMT AOSP, SIMT IOR), esegue attività di Raccolta Sangue e Plasma, attività Ambulatoriale di Medicina Trasfusionale per il territorio Imolese, attività di Assegnazione Sangue e Laboratorio di Immunoematologia Eritrocitaria.

In particolare, il SIMT Imola ha una spiccata vocazione per l'attività di raccolta sangue; infatti, attraverso la propria struttura di raccolta presenta alcune rilevanti peculiarità per il Sistema Sangue regionale:

- i donatori del territorio imolese sono oltre il 5% della popolazione residente significativamente sopra la media regionale e nazionale;
- l'indice di donazione annuo per donatore nel territorio imolese è maggiore di 2,1 donazioni per donatore periodico/anno;
- le donazioni rapportate alla popolazione per mille abitanti sono, nel territorio imolese, sopra 100 unità, dato decisamente oltre la media regionale e nazionale;
- l'indice di consumo e di globuli rossi (UT trasfuse) nel territorio imolese, in rapporto alle prestazioni sanitarie e indicatori di appropriatezza, è stato sia nel 2016 che nel 2017 decisamente inferiore a 40 unità per mille abitanti del territorio. Il consumo di emocomponenti come il plasma e le piastrine risultano molto contenuti.

Rispetto agli specifici obiettivi assegnati all'Azienda per l'anno 2018 si evidenzia che:

- sono predisposti report mensili di attività della Struttura Trasfusionale aziendale che vengono inoltrati al Controllo di Gestione e a tutte le strutture aziendali competenti tra il 15 e il 20 del mese successivo a quello trascorso.
- Il Servizio trasfusionale dell'azienda USL di Imola non ha in atto alcuna convenzione relativa all'utilizzo di emocomponenti ad uso non trasfusionale
- è stato adottato a partire dal mese di febbraio del 2018 un programma aziendale inerente il PBM (*Patient Blood Management*) e la documentazione approvata è registrata nel programma DocWeb dell'azienda.

Con decorrenza 1/1/2018 è stata stipulata una convenzione annuale con l'AVIS di Imola, eventualmente rinnovabile per una ulteriore annualità, al fine di allineare la durata della convenzione locale con la durata triennale dell'Accordo quadro tra Regione e Associazione dei Donatori.

Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

L'Azienda (Delibera 193 del 19/12/2016) ha istituito l'Ufficio di Coordinamento Aziendale *Procurement*, identificando le figure professionali coinvolte, le loro funzioni e responsabilità.

La verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i trapianti (CRT-ER) della relazione annuale 2018 è stata effettuata dal Responsabile dell'Ufficio di Coordinamento locale con nota prot. 7513 del 7.3.2019. Di seguito, si riporta, la sintesi di quanto relazionato dal Coordinamento AUSL Imola per l'anno 2018: per quanto riguarda le Donazioni di Organi e Tessuti, il continuo monitoraggio dei ricoveri extra TI e l'avvio dell'Ufficio di Coordinamento, non sono stati sufficienti per raggiungere gli obiettivi richiesti.

Durante il 2018 sono stati 4 gli Accertamenti di Morte Encefalica con 3 opposizioni, l'unica non opposizione non è andata a buon fine per la presenza di neoplasia ad elevato rischio metastatico.

L'obiettivo Cornee invece è stato, come gli anni passati, superato con ben 61 donatori e 122 cornee prelevate, inoltre 22 sono state le donazioni di membrana amniotica. A questi donatori bisogna aggiungere un donatore multitessuto, deceduto in PS in seguito ad incidente stradale.

Come il reclutamento del donatore di cornee si affida al Reparto di individuazione del potenziale donatore, allo stesso modo si è pensato a un progetto di miglioramento che riguardi la collaborazione dei Reparti di degenza. Si è preferito scegliere il Modello "Reparto-centrico" piuttosto che il "Coordinamento-centrico", sono stati pertanto organizzati degli incontri nell'ambito dei Comitati di Dipartimento Medico e DEA, al fine di sensibilizzare i Direttori delle varie Unità Operative, sul problema Morte Encefalica e Donazione di Organi e Tessuti. Ad oggi, attraverso una serie di incontri di formazione ed informazione, il personale medico dei Reparti extra TI sensibilizzato, procede alla segnalazione di un paziente con lesione encefalica al Coordinatore locale ed instaurando un meccanismo di feedback continui e giornalieri, si procede alla valutazione di ogni possibile potenziale donatore. Da segnalare infine le 27 donazioni di sangue cordonale, aumentate rispetto alle 16 del 2017".

Pertanto nel 2018, in relazione alla DGR 1171/2018 e alla Delibera aziendale 193/2016 si è voluto adottare un nuovo modello di *procurement* per la donazione di organi e tessuti.

Di concerto con la Direzione Sanitaria, il personale di Area Critica e l'Ufficio di Coordinamento è stato proposto il Modello Reparto Centrico.

Partendo dalla informazione ai Direttori di UO con la partecipazione del Coordinatore locale e di una rappresentanza della Banca Cornee ai Comitati di Dipartimento nelle date 11/10/2018 (Comitato DEA) e 11/12/2018 (Comitato DIMO) e con incontri di Formazione per i Medici e Comparto della ASL di Imola (organizzazione Corso ALMA), si è cercato di incrementare la sensibilità al tema donativo.

Premesso che, per determinate lesioni encefaliche, è il trattamento tempestivo ed intensivo l'unico e più efficace possibile, esistono situazioni marginali, lesioni cerebrali con possibilità evolutiva che vengono ricoverate nei Reparti di degenza normale.

Nel modello proposto (già attuato con ottimi risultati dalla Banca Cornee di Imola) è il PS o il Reparto Medico che si fa carico di individuare pazienti eleggibili alla donazione di organi e/o tessuti. Il Medico di Reparto avverte il Coordinatore locale o Medico di Rianimazione ed instaura un meccanismo di feedback continui fino alla risoluzione del caso, cioè alla possibilità o meno di un ricovero in Area Critica.

Poiché il processo di Formazione è ancora in essere, i dati in nostro possesso sono parziali. Riguardano le richieste di consulenza Rianimatoria pervenute alla Terapia Intensiva per valutazione Pazienti neuro critici.

Una prima disamina delle richieste, pervenute alla Rianimazione per pazienti che presentavano i quesiti clinici precedentemente citati, e relativa ai mesi di novembre-dicembre 2018 ha portato ad un risultato di 4 consulenze.

Nel corso dell'anno sono state 4 le segnalazioni di ME. Di queste 3 sono state le opposizioni e nel quarto potenziale donatore non si è potuto procedere per la presenza di una lesione neoplastica ad alto potere metastatico.

La segnalazione di 3 donatori multitessuto (2 in PS e 1 in Terapia Intensiva). Di queste solo 1 è andata a buon fine (prelievo di cute e tessuto muscolo-scheletrico). In un secondo caso si è avuto l'opposizione e l'ultimo era un caso di morte sconosciuta quindi escludeva la possibilità a procedere nonostante il consenso da parte della famiglia.

Relativamente alle modalità e tempi di distribuzione dei fondi *procurement* si specifica che, in analogia a quanto effettuato negli anni precedenti, la ripartizione avviene sul personale direttamente coinvolto nel processo di segnalazione/donazione. In particolare viene riconosciuto e valorizzato l'impegno di tutti gli operatori della dirigenza medica e del comparto effettivamente impegnati nell'attività di procurement di organi e tessuti (cosiddetti "intervenant"); viene riconosciuto l'impegno degli operatori che, a fronte di un decesso, si sono impegnati nella registrazione della volontà delle Famiglie in merito alla donazione di cornee (detti "segnalanti"); viene riconosciuto l'impegno dei medici ginecologi nel prelievo di placenta al fine di donazione della membrana amniotica; infine viene riconosciuto l'impegno dei medici oculisti intramoenisti per il prelievo cornee.

Per quanto riguarda gli obiettivi di formazione aziendale si segnala: La Formazione extra ospedaliera si è concentrata sul seminario organizzato dalla Scuola Infermieristica tenutosi il 12/12/2018 che ha visto la preziosa collaborazione CRT ER.

Riorganizzazione della Banca Cornee dell'Emilia Romagna

La Regione Emilia Romagna con la DGR 2118/2018 ha approvato il Progetto di Riorganizzazione della Banca delle Cornee. L'attuale assetto organizzativo per il banking e la distribuzione per trapianto di tessuti oculari prevede la presenza di una Banca delle Cornee, con sede a Bologna presso l'Ospedale Maggiore, alla quale afferiscono le cornee prelevate nei 24 ospedali della Regione Emilia Romagna, ed una filiale della Banca delle Cornee, con sede ad Imola presso l'Ospedale Santa Maria della Scaletta, alla quale afferiscono le cornee prelevate nell'AUSL di Imola. In merito alla distribuzione, la sede di Bologna distribuisce le cornee a tutti i 14 centri trapianto regionali, la sede di Imola distribuisce le cornee alla sede di Banca di Bologna.

Attività di Donazioni di cornee. Nel 2018 i donatori di cornea sono stati 58. In merito agli indicatori specifici della delibera 1171/2018 si possono considerare raggiunti, nello specifico:

- La percentuale di cornee processate in banca sul numero totale di cornee arrivate è del 100% (obiettivo regionale $\geq 95\%$).

- La percentuale di cornee distribuite nel 2018 provenienti da donatori sotto gli 80 anni rispetto al numero dei tessuti bancati da tali donatori è del 54.35% (obiettivo regionale >50%)

Membrana amniotica. Nel 2018 sono state prelevate, inoltre, 22 membrane amniotiche, il cui utilizzo è confluito in 518 utilizzi, così distribuiti: 516 somministrazioni topiche di membrana amniotica omogeneizzata e 2 frammenti amniotici per impianto chirurgico. Si rileva che il numero di somministrazione di membrana amniotica omogeneizzata è aumentato dal 2015 al 2017 (passando da 337 nel 2015 a 519 nel 2017) e si è stabilizzato nel 2018 confermando l'ottimo risultato raggiunto.

Di seguito si riporta la descrizione strutturale dei Dipartimenti ospedalieri ed una sintesi delle principali realizzazioni attuate nel 2018.

DIPARTIMENTO MEDICO-ONCOLOGICO

Il Dipartimento Medico-Oncologico è costituito dalle seguenti strutture: UOC Oncologia, UOC Nefrologia, UOC Medicina A, SSD Geriatria Ospedaliera e Territoriale, SSD Lungodegenza post acuti, UOC Gastroenterologia, SSD Neurologia, SSD Medicina B, UOC Pediatria, UOC Medicina Riabilitativa, UOC Genetica.

Il Dipartimento ha progressivamente sviluppato un percorso di innovazione organizzativa ispirato ai principi dell'intensità di cura e complessità assistenziale e alla qualificazione specialistica della degenza internistica, richiamando in tal senso i Posti letto di ricovero ordinario dedicati alle discipline di Gastroenterologia (4 PL), Nefrologia (4 PL), Oncologia (7 PL), Riabilitazione ospedaliera 4 PL (estensiva/intensiva) e Orto-geriatria (4 PL). In particolare, negli ultimi anni, ha realizzato una riorganizzazione dell'area della degenza internistica in regime ordinario, al fine di consolidare e strutturare la gradualità delle cure in termini di complessità clinica e assistenziale e potenziare la connotazione specialistica della piattaforma di degenza internistica.

Tale riorganizzazione ha determinato:

- L'attivazione di un'area di degenza con dotazione complessiva di 70 posti letto, assegnati alla UOC di Medicina A (62 PL), UOC Nefrologia (4 PL), UOC Gastroenterologia (4 PL). Tale area di degenza si compone di un settore a medio-alta intensità destinato ad accogliere i pazienti con patologie neurologiche (stroke) e pneumologiche acute e un settore a medio-bassa intensità che accoglie pazienti comunque acuti caratterizzati da bisogni assistenziali elevati a fronte di un minore impegno clinico. La caratterizzazione specialistica di tale area riguarda le discipline endocrino-metabolica e nefrologica.
- L'attivazione di una area di degenza connotata da un livello di cure di media intensità con una dotazione di 32, assegnati alla SSD Medicina B (25 PL) e alla UOC di Oncologia (7 PL). La caratterizzazione specialistica dell'area si completa con la disciplina di infettivologia.

Nel 2017 il Dipartimento ha riorganizzato l'area di Lungodegenza post Acuti al fine di migliorare la continuità della presa in carico dei pazienti fragili lungo tutto il loro percorso di cure. La continuità di presa in carico nel percorso intra-ospedaliero è garantita dai medici dello stesso settore di degenza ove si è svolta la fase acuta del ricovero, mentre l'organizzazione è a gestione infermieristica. Sotto il profilo della organizzazione per "intensità e gradualità delle cure", l'area Post Acuti a gestione infermieristica si colloca tra l'intensità delle cure ospedaliere e l'estensività delle presa in carico a domicilio e nelle strutture residenziali.

Tale riorganizzazione è stata avviata a carattere sperimentale anche nel 2018 con un obiettivo di monitoraggio e consolidamento, in applicazione a quanto disposto dal documento aziendale di sintesi dei risultati e delle proposte di ulteriore sviluppo del "Cantiere per il miglioramento della presa in carico dei pazienti fragili in tutte le fasi del percorso clinico e assistenziale in Ospedale e nel Territorio", nel quale si definisce la "Procedura di presa in carico, ricovero e dimissione in Lungodegenza Post Acuti a gestione infermieristica" (prot. n. 12548/2018).

Il Dipartimento Medico-Oncologico, a supporto dell'assessment clinico – assistenziale della complessità dei pazienti, ha adottato, a regime per tutte le degenze, lo strumento di rilevazione della complessità assistenziale incluso nella cartella informatizzata.

In attuazione della DGR 463/2016 "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei day hospital oncologici in Emilia Romagna", il Dipartimento continua a garantire l'erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale/Day service.

Con riferimento alla politica del farmaco e al governo dell'appropriatezza prescrittiva, il Dipartimento costituisce un ambito di rilevante coinvolgimento nella gestione di tale risorsa. Vi afferiscono pertanto numerosi obiettivi di governo dell'appropriatezza prescrittivi. Si deve inoltre evidenziare l'impegno nel governo dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo, (Epatite C, Oncologici, Immunosoppressori, etc.), attraverso gli strumenti del governo clinico e il costante monitoraggio in collaborazione con la Direzione Farmaceutica e la Direzione Medica. Sotto il profilo del governo clinico, in continuità con l'anno precedente è stata garantita la gestione, per quanto di competenza, dell'alimentazione della piattaforma AIFA per i rimborsi di condivisione del rischio (payment by results, cost sharing, ecc.).

Si richiama, inoltre, l'impegno del Dipartimento alla partecipazione dei lavori dei gruppi aziendali per la formalizzazione dei PDTA nei quali è coinvolto.

Nell'ambito dei rapporti Hub & Spoke, il Dipartimento Medico-Oncologico ha definito e formalizzato la Procedura Interaziendale per la gestione del "Servizio di Trasporto Emergenze Neonatali - STEN" in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna che ha visto nel 2018 l'attuazione a regime e il monitoraggio dei relativi indicatori.

A regime si colloca altresì l'attuazione del Protocollo di Intesa attivato con l'UOC Pneumologia interventistica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna per la gestione dei pazienti che necessitano di manovre broncoscopiche complesse, prevedendone il consolidamento e monitoraggio.

A partire dal 2017, il Dipartimento, tramite l'UOC di Pediatria, collabora con l'UOC Igiene e Sanità del Dipartimento di Sanità Pubblica alla riorganizzazione dell'attività vaccinale, con la presa in carico, da parte dei pediatri ospedalieri, di una parte dell'attività vaccinale e di tutta la medicina scolastica. Tale attività ha caratterizzato quale obiettivo di consolidamento l'anno 2018.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

Il Dipartimento Chirurgico è costituito dalle seguenti unità organizzative: SS Interaziendale Chirurgia Generale, SS Interaziendale Chirurgia della Mammella, UOC Ortopedia, UOC Interaziendale Urologia, UOC ORL, UOC Oculistica, UOC Ginecologia-Ostetricia, l'UOC di Anatomia Patologica; la SS Centrale di Sterilizzazione; comprende inoltre il Programma Blocco Operatorio.

Il Dipartimento Chirurgico si caratterizza per il progressivo sviluppo di collaborazioni nella logica delle reti interaziendali. Nelle more della programmazione complessiva, a cura della Conferenza socio-sanitaria metropolitana, l'AUSL di Imola ha avviato la realizzazione di reti interaziendali in ambito chirurgico.

Nel 2017 è stata realizzata in collaborazione con l'AUSL di Bologna la gestione interaziendale dell'Urologia a direzione dell'AUSL di Imola e dal 2018 sono decorse le collaborazioni rispettivamente con l'Azienda Ospedaliera di Bologna per la gestione interaziendale della Chirurgia della Mammella a direzione universitaria, e con l'AUSL di Bologna per la gestione interaziendale della Chirurgia generale, a direzione AUSL di Bologna. Con riferimento al modello delle reti cliniche, si richiama inoltre la rete clinica attuata con l'Istituto Ortopedico Rizzoli per l'implementazione presso il Blocco Operatorio di Imola di interventi specialistici di chirurgia della spalla e di orto-pediatria, nonché la collaborazione con l'AOU di Bologna per la formazione specialistica nel campo della Chirurgia Laparoscopica Urologica e Ginecologica. Si confermano, inoltre, i rapporti di collaborazione mediante convenzione con l'UNIBO per la formazione dei medici specializzandi in Urologia e Chirurgia Generale.

Nel 2018 l'AUSL di Imola ha recepito l'Accordo con AOU di Bologna e AUSL di Bologna per lo sviluppo delle funzioni di Chirurgia Vascolare a direzione della UOC di Chirurgia Vascolare dell'AOU di Bologna.

Il Dipartimento, nell'ambito della rete Hub & Spoke, ha definito e formalizzato la Procedura Interaziendale per la gestione del "Servizio di Trasporto Materno Assistito – STAM" in collaborazione con l'AOU di Bologna, entrato a regime con il monitoraggio dei relativi indicatori nel 2018.

Nell'ambito dei progetti di Area Vasta, si colloca altresì l'impegno della UOC di Anatomia Patologica nella progressiva attuazione del progetto di centralizzazione delle determinazioni HPV presso il Laboratorio dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara e alla riorganizzazione delle funzioni di screening in collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie.

In Area Metropolitana, nell'ambito dell'Accordo con l'Alma Mater Studiorum – UNIBO di Bologna, l'AOSP di Bologna, l'AUSL di Bologna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli, per l'avvio in fase sperimentale della riorganizzazione delle attività di Anatomia Patologica in ambito cittadino: il Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica ad attività integrata (DIAP), sono state approvate le seguenti convenzioni con:

- l'AUSL di Bologna per la Centralizzazione degli allestimenti dell'Istologia nell'ambito del Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica ad attività Integrata (DIAP) in area metropolitana.
- l'AUSL di Bologna e l'AOU di Bologna per la Centralizzazione degli esami citologici nell'ambito del Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica ad attività integrata (DIAP) in area metropolitana.

Il Dipartimento Chirurgico è pertanto sede di modelli gestionali che sono rivolti a favorire l'integrazione di attività e competenze specialistiche, nel rispondere alla crescente complessità dei processi clinico-

assistenziali chirurgici e favorire lo sviluppo di percorsi che valorizzano la risposta ai cittadini attraverso l'erogazione di prestazioni multidisciplinari complesse.

Con riferimento ai programmi attuativi derivanti dalla programmazione in sede di Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana di Bologna in tema di Reti Cliniche, a seguito dei lavori Rapporto conclusivo sulle "Forme di integrazione nell'Area metropolitana di Bologna" del Nucleo Tecnico di Progetto, i modelli organizzativi dei progetti interaziendali potranno delineare possibili rivisitazioni degli assetti in corso.

Il Dipartimento Chirurgico è inoltre impegnato nell'attuazione delle indicazioni contenute nella DGR 272/2017 in tema di "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati".

Temi rispetto ai quali il Dipartimento continuerà a garantire un forte impegno riguardano infatti:

- il progressivo sviluppo della valutazione multidisciplinare, sul modello del breast multidisciplinary team, della casistica oncologica.
- il rispetto dei tempi di attesa sugli interventi chirurgici prioritari definiti a livello regionale: patologie neoplastiche maligne (mammella, prostata, colon retto, utero, polmone): 90% dei casi entro 30 gg e protesi d'anca: 90% dei casi entro 180 gg.

DIPARTIMENTO EMERGENZA-ACCETTAZIONE

Il Dipartimento Emergenza-Accettazione è costituito dalle seguenti strutture: UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, UOC Anestesia-Rianimazione, SSD Semintensiva, UOC Cardiologia-UTIC, SSD Radiologia e SSD Trasfusionale.

Il Dipartimento ha progressivamente realizzato e consolidato nel corso dei recenti anni la modulazione del setting assistenziale per intensità di cura, attraverso la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale infradipartimentale. In tale contesto opera rafforzando i legami di integrazione e di complementarietà tra i diversi livelli di professionisti per favorire una organizzazione più centrata sul percorso clinico-assistenziale del paziente critico, con la formazione spesso comune tra medici e infermieri nella gestione del paziente critico. In tale contesto si evidenzia la collaborazione allo sviluppo di percorsi condivisi con gli altri dipartimenti ospedalieri, in particolare per le urgenze con il Dipartimento Chirurgico e per le prese in carico in fase post – acuta con il Dipartimento Medico-Oncologico, con la finalità di garantire la continuità assistenziale e la qualità delle prestazioni erogate.

Il Dipartimento ha realizzato l'analisi delle attività per la gestione dell'iperafflusso di assistiti in Pronto Soccorso contribuendo alla predisposizione del "Piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso", ai sensi della DGR n. 1827/2017, definendo soglie di criticità e conseguenti modalità di risposta modulate sul livello di criticità rilevata. Nel 2018 è stato particolarmente impegnato nell'attuazione operativa del Piano in riferimento ad azioni correlate e declinate in specifici obiettivi, tra cui, in particolare, l'implementazione di indicatori statici e dinamici (score NEDOCS) per la rilevazione del grado di sovraffollamento. Nel 2018 a preso avvio l'attività strutturata e formalizzata da parte dell'Heart Team, composto da Medici specialisti della UOC di Cardiologia e di Villa Maria Cecilia, volta alla condivisione delle indicazioni, tempistiche e monitoraggio delle prestazioni di alta complessità (interventi cardiocirurgici, emodinamici protesici – TAVI ed elettrofisiologia).

Il Dipartimento Emergenza-Acettazione ha collaborato alla definizione e implementazione di reportistica dell'attività radiologica progettata per l'analisi ed il rilascio di indicatori di processo e di efficienza in uso a regime dal 2018 e proceduto alla definizione e attuazione di misure atte a migliorare i tempi di risposta della diagnostica per interni.

In relazione allo sviluppo del modello organizzativo delle reti cliniche integrate, si richiamano i rapporti di collaborazione con l'AUSL di Bologna con riferimento all'attività di valutazione Neurochirurgica e Neuroradiologica mediante teleconsulto/consulenza, nonché all'attività di collaborazione per la lettura e refertazione delle mammografie in screening.

Si richiama inoltre l'integrazione del Servizio Trasfusionale nell'ambito del Trasfusionale Unico Metropolitano (TUM). In attuazione a quanto previsto dal Piano Sangue 2017 – 2019, nell'ambito della realizzazione della rete informatica regionale unica per il sistema sangue, l'AUSL di Imola è stata impegnata a garantire la predisposizione e l'invio di report trimestrali sui dati di attività, che la DGR 919/2018 raccomanda superiore all'80%.

5.2 Consolidamento delle cure primarie, sviluppo Case della Salute, Integrazione Ospedale Territorio

La rendicontazione in ordine all'obiettivo in questione, così come declinato nel Piano della Performance 2016-2018, viene presentata tra gli obiettivi della programmazione regionale dettagliati nel paragrafo "4.1 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale" del presente documento al quale si rimanda per i temi relativi alle **Case della Salute e Medicina d'Iniziativa e Ospedale di Comunità**.

IL PIANO REGIONALE DEMENZE (DGR 990/16)

In relazione all'obiettivo si è consolidata la riorganizzazione del Centro Disturbi Cognitivi (CDC) dell'AUSL di Imola. Il CDC è collocato presso il Polo Sanitario Territoriale di Imola (Ex Ospedale Vecchio) in uno spazio dedicato, in modo da evitare la concomitanza di altra attività ambulatoriale con una migliore aderenza al rispetto della privacy. L'attività ambulatoriale giornaliera è stata svolta fino a dicembre 2018 nell'ambito del Programma interdipartimentale anziani e successivamente dal personale medico della Geriatria affiancato da uno Specialista Neurologo per un totale di 8 ore settimanali. La valutazione testistica è affidata a due Psicologhe della Struttura Ospedaliera di Imola collocata negli spazi del Centro. La funzione del CDC, costituendo rete con l'attività ospedaliera (reparti per acuti) e territoriale (Nuclei di Cure Primarie, l'Unità di Valutazione Geriatrica, l'Azienda Servizi alla Persona, Strutture Semiresidenziali e Residenziali) e con il Volontariato (in specie Associazione Alzheimer di Imola) ha ampiamente confermato la visibilità dell'attività svolta, svolgendo anche una funzione attrattiva dalle strutture esterne a Imola.

Nel 2018 le 485 richieste di visita sono giunte da MMG, Medici Ospedalieri e Colleghi di altre Aziende (Ravenna, Bologna, Faenza, fuori regione). Al 31 dicembre 2018 sono state eseguite 485 visite. Ogni prima visita è stata eseguita nel rispetto dei tempi d'attesa che sono risultati costantemente inferiori ai 60 giorni (33 giorni in media). Per ogni visita è stato scritto il referto consegnato al termine della visita stessa, archiviato nel database aziendale e inviato direttamente al MMG via telematica grazie al Progetto Sole.

L'eventuale necessità di eseguire accertamenti specifici, utili alla definizione diagnostica, è stata agevolata dal Day Service istituito per attuare il percorso ambulatoriale coordinando le singole prenotazioni degli esami e liberando così il paziente la sua famiglia dall'obbligo di rivolgersi al CUP. Al termine del percorso diagnostico viene scritta una relazione dettagliata consegnata nel rispetto della corretta comunicazione finale.

Nel 2018 sono state effettuate 623 visite di controllo rivolte a pazienti in trattamento con farmaci della NOTA 85 o con antipsicotici atipici oggetto di monitoraggio regionale o con patologia per cui è programmato il monitoraggio evolutivo. La contrazione delle visite di controllo rispetto agli anni precedenti trova giustificazione nel carattere evolutivo della patologia neurodegenerativa che porta il Paziente a una condizione clinica in cui non è più attuale il controllo presso il CDC con il passaggio in cura al MMG al domicilio. Parimenti la riduzione della prescrizione degli atipici, anche per la prescrizione attuata in autonomia dai MMG, ha contratto il numero di tali controlli.

Si deve inoltre segnalare che ai dati relativi alle prime visite e dei controlli devono essere sommati anche l'esecuzione dei Test NPS di II livello, dei colloqui con i familiari, dei prelievi ematici ed ECG, delle visite

geriatriche al domicilio, delle prescrizioni dei presidi. Le Consulenze su problematiche assistenziali e previdenziali sono state garantite, come negli anni precedenti, dall'Assistente Sociale dell'ASP a cui il caregiver è stata indirizzato, a seguito della segnalazione opportunamente circostanziata da parte del CDC. Le Consulenze Legali sono state erogate pro bono dall'Avvocato dell'Associazione Alzheimer di Imola.

Il Medico del CDC ha svolto inoltre attività di consulenza telefonica tutti i giorni, cercando di soddisfare le richieste dei parenti riguardo alle problematiche terapeutiche e assistenziale di tutti Pazienti trattati e seguiti dal Centro. Il Responsabile del CDC svolge attualmente anche attività consulenziale presso Casa Alzheimer essendosi affiancato al MMG già operante in struttura, tanto da implementare il numero dei Pazienti per cui la presenza nella CRA è solo temporanea in relazione al trattamento del disturbo comportamentale fortemente disturbante la gestione familiare al domicilio.

Obiettivi aziendali coincidenti con gli obiettivi della DGR, nel 2018 sono stati:

- Nel 2018 si è concluso il percorso relativo alla ridefinizione del PDTA Demenze, alla cui stesura ha partecipato attivamente il Responsabile del Programma interdipartimentale anziani (BUR n. 42 del 7/2/19: DGR 4 febbraio 2019 n. 159 - Recepimento "Linee di indirizzo nazionali sui PDTA per le demenze").
- Relativamente ai ricoveri potenzialmente inappropriati (DRG 429) correlati alla gestione corretta dei disturbi comportamentali, si fa presente come nelle more di un non ancora realizzato ambulatorio dedicato ai disturbi comportamenti i ricoveri così caratterizzati sono stati n. 36 per la Geriatria (n. 51 nel 2017), n. 20 per la Medicina A (n. 17 nel 2017) e n. 7 per la Medicina B (n. 5 nel 2017). A livello aziendale, su Piattaforma InSIDER, l'indicatore specifico (IND0652) "DRG 429: variazione % dei ricoveri rispetto all'anno precedente" risulta confermare tale riduzione pari a -16,3% in linea con la riduzione media RER pari a -16,75%.

Nell'ambito della formazione e aggiornamento di caregiver ed operatori è stato possibile attuare grazie alla collaborazione delle Psicologhe Ospedaliere, un "lavoro di squadra" con l'ASP e con L'Associazione Alzheimer di Imola che ha visto la realizzazione di 3 eventi formativi/informativi: un Convegno indirizzato al personale sanitario "Alzheimer: dalla diagnosi al prendersi cura" (Imola 22.9.2018); un convegno a carattere divulgativo rivolto alla popolazione "Alzheimer: uno sguardo al territorio" (Bologna – Sede CISL – 7.12.2018) ed un Ciclo di incontri con i familiari (Imola, 19, 26.04 - 3, 10, e 17.05.2018). Nel 2018, come per gli anni precedenti, è stato possibile proseguire, grazie al supporto delle Psicologhe dell'Associazione Alzheimer, il programma di Stimolazione Cognitiva attuando 2 Corsi per pazienti affetti da lieve deficit mnesico-attentivo (MCI).

PIANO SOCIALE E SANITARIO 2017 - 2019

In ambito distrettuale si collocano gli interventi correlati e derivanti dall'applicazione della DGR 1423 del 2.10.2017 che approva le Schede Attuative di intervento e di indirizzo per l'elaborazione dei Piani di Zona Distrettuali per la Salute ed il Benessere sociale, definite secondo una logica di armonizzazione degli strumenti di programmazione regionale, tra cui, in particolare:

- Il Piano Regionale sociale e sanitario 2017-2019
- Il Piano Regionale per la Prevenzione
- Le linee annuali di programmazione e finanziamento del SSR

- Il programma annuale di riparto del Fondo regionale per la non autosufficienza.

A partire dalla programmazione operativa 2018, l'Azienda in integrazione con l'Ufficio di Piano del Nuovo Circondario Imolese, ha programmato e progettato l'attuazione di interventi discendenti dal citato Piano Sociale e Sanitario. Sul totale delle Schede di intervento di competenza distrettuale, 24 sono state affidate alla responsabilità di un Professionista dell'Azienda: 11 schede che la Regione riconosce di matrice prevalentemente sanitaria e affidate al coordinamento di Professionisti Aziendali ed ulteriori 13 schede, riconosciute di matrice sociosanitaria e, in accordo con i Comuni, affidate anch'esse al coordinamento di Professionisti aziendali, a sottolineare il forte impegno di integrazione assunto dalla Azienda in accordo con i Comuni del Circondario. A livello aziendale gli indicatori relativi alle azioni delle singole Schede di intervento vengono declinati definendo azioni, attori e referenti. Questi obiettivi specifici sono posti anche a livello di contributo individuale dei professionisti coinvolti.

CASE DELLA SALUTE

L'ambito delle Case della Salute di Castel S. Pietro Terme e Medicina costituisce una delle Aree funzionali dell'assetto aziendale che accoglie funzioni e interventi dei tradizionali Dipartimenti territoriali: Cure Primarie, Sanità Pubblica e Salute Mentale-Dipendenze Patologiche.

Il modello organizzativo della Casa della Salute implementato nell'AUSL di Imola è in progressivo sviluppo finalizzato a costituire luogo di pratica interdisciplinare e interprofessionale rivolto ai cittadini per l'accesso alle cure primarie, ove si concretizza:

- L'accoglienza, trovando risposta alla loro domanda di salute attraverso l'accesso a servizi sanitari di primo livello, medico ed infermieristico.
- La disponibilità di prestazioni specialistiche ambulatoriali a minore impatto tecnologico.
- L'accesso a prestazioni specialistiche di secondo livello.
- L'orientamento ai servizi nella logica della integrazione con i vari soggetti operanti nel territorio: Medici di Medicina generale, Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera scelta, ASP Circondario Imolese e Dipartimenti ospedalieri.
- Le attività che sono state avviate riguardano in particolare:
 - La progressiva adozione di strumenti di prevenzione primaria quali la Carta del rischio cardiovascolare.
 - La presa in carico proattiva del paziente cronico nell'ambito del progetto regionale RiskER rivolto a pazienti con co-morbidità, fragilità socio-sanitaria e che include anche il percorso clinico-assistenziale integrato del paziente psichiatrico con co-morbidità.
 - L'organizzazione a regime delle sedute vaccinali (antinfluenzale e antidiftotetica).
 - La predisposizione della Procedura per il Percorso Accoglienza relativa alla programmazione e gestione delle prese in carico e delle dimissioni protette.
 - L'attivazione di uno Sportello dedicato all'Accoglienza in collaborazione con il Consultorio familiare, la Psichiatria e l'ASP nel contesto del quale è stata attivata la porta di accesso rivolta alle donne vittime di violenza.
 - L'elaborazione della Carta dei Servizi relativa alle Case della Salute di Castel S. Pietro Terme, Medicina e della Vallata del Santerno.

In attuazione delle linee di indirizzo clinico-organizzative delle Case della Salute emanate dalla Regione con DGR 2128/2016, le attività specifiche previste rafforzano l'orientamento allo stile di lavoro multidisciplinare, secondo il paradigma della medicina di iniziativa, per la presa in carico della cronicità e fragilità in un quadro di integrazione tra servizi sanitari, territoriali e ospedalieri, da un lato, e tra servizi sanitari e sociali dall'altro. Gli ambiti di intervento nel 2018, tradotti in obiettivi specifici nelle unità di budget "Case della Salute" e dei Dipartimenti coinvolti, sono stati:

Ambulatorio Infermieristico della Cronicità: promozione volta all'ampliamento del novero delle collaborazioni con i Medici di Medicina Generale per la presa in carico multiprofessionale dei pazienti cronici, anche con riferimento all'avvio del progetto Risk-ER "Profili di Rischio di Fragilità", rivolto a pazienti con co-morbidità, fragilità socio-sanitaria e che include anche il percorso clinico-assistenziale integrato del paziente psichiatrico con co-morbilità, nella logica dell'approccio multidisciplinare in integrazione Ospedale-Territorio, tra ambito sanitario e sociale e con il coinvolgimento della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato).

In riferimento al Piano Locale Attuativo al Piano Regionale Prevenzione (PLA-PRP), è stata garantita l'attuazione dell'obiettivo: 6.2. "Lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare", con riferimento alla popolazione target localmente individuata; dell'obiettivo 6.5. "Counselling motivazionale breve su stili di vita" attraverso la formazione specifica presso luoghi di prevenzione, l'utilizzo degli strumenti "Avviso breve" sul 90% della popolazione target e il "Counselling motivazionale breve" sul 15% della popolazione target.

E' stato inoltre avviato il Programma formativo per lo sviluppo di competenze infermieristiche per la gestione di gruppi di disassuefazione al fumo, la prevenzione piede diabetico e l'utilizzo di strumenti funzionali all'educazione terapeutica, correlati al progetto di promozione dei corretti stili di vita.

OSPEDALE DI COMUNITA'

Nell'ambito della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme si iscrive l'attivazione dell'Ospedale di Comunità (Os.Co), struttura residenziale di cure intermedie a gestione infermieristica, istituito con deliberazione n. 44 del 28.3.2014, dotato di n. 21 posti letto. L'OSCO offre una modalità assistenziale di tipo intermedia, rivolta a specifici target di utenza, con finalità di attuare cure in ambiente protetto, consolidare condizioni di salute e garantire la prosecuzione del processo di recupero delle autonomie in un contesto non ospedaliero.

La SRCI è una unità organizzativa a gestione infermieristica (modello evolutivo della tradizionale lungodegenza post-acuzie) dedicata ad ospitare persone fragili ad alta componente di non-autosufficienza e con quadro clinico relativamente stabile, al fine di ridurre il carico di pazienti nei reparti ospedalieri in fase post-acuta, offrendo un livello di cure appropriato verso una dimissione assistita.

L'Os.Co, cui afferisce budget specifico nell'ambito del Dipartimento Cure Primarie, ha portato a regime la gestione infermieristica. Si è dotato di specifica Procedura di Accettazione e Dimissione degli ospiti e per la gestione documentale del processo clinico-assistenziale.

Ha altresì attuato modelli di integrazione con le Associazioni di volontariato e implementato il monitoraggio dell'attività tramite indicatori specifici con particolare riferimento al flusso informativo regionale SIRCO.

Dall'analisi di dati del flusso SIRCO la Regione ha rilevato che i pazienti ricoverati previa valutazione multidimensionale e definizione del PAI, mostrano un più significativo miglioramento nelle ADL, pertanto ha

ritenuto opportuno che nella fase di ingresso venga effettuata la valutazione multidimensionale con definizione del PAI almeno nel 90% dei casi.

Nel 2018 sono stati individuati ambiti di intervento correlati alla valutazione dell'equipe multiprofessionale ai fini del ricovero nel 100% dei casi. Inoltre, nel corso dell'anno è stato avviato l'utilizzo della prescrizione informatizzata della terapia ed è stata elaborata una specifica relazione assistenziale in sede di dimissione sperimentata su almeno il 50% dei dimessi e che si intende implementare a regime sul 100% dei dimessi e gestire in modalità informatizzata nel 2019.

CURE INTERMEDIE

L'integrazione tra ospedale e territorio ha un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale, ed è fondamentale per assicurare la continuità delle cure.

Mentre l'ospedale si configura come il setting assistenziale per la gestione di problematiche ad insorgenza acuta, con rilevante compromissione funzionale o necessitanti di risposte tecnologicamente ed organizzativamente articolate e complesse, da programmare secondo la logica dell'intensità delle cure, il territorio rappresenta invece il setting complementare più appropriato per la gestione della cronicità.

Nel 2018, per aggiornare ed integrare il percorso di segnalazione e attivazione PUA per la dimissione protetta del paziente complesso, in armonia con gli obiettivi Socio Sanitari, sono stati organizzati incontri interaziendali con l'obiettivo di incrementare le dimissioni protette, migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale, offrendo percorsi di cura più appropriati e qualificati e potenziando la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera.

Rete delle Cure Palliative. In relazione alla DGR 560/2015 "Riorganizzazione della rete locale di cure palliative" l'Azienda si pone l'obiettivo, in continuità con quanto avviato nel corso del 2017 al fine di dare piena attuazione al completamento della rete locale di cure palliative. Al riguardo, si richiama per l'AUSL di Imola il potenziamento della rete mediante risorse medico-palliativista dedicate ed il consolidamento dell'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting: ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice.

Le azioni avviate nel 2018 hanno riguardato in particolare la formalizzazione dell'organismo di coordinamento, l'attivazione dell'Ambulatorio di Cure Palliative, l'attivazione di briefing multiprofessionali sui casi in carico nella rete (Territorio – Hospice) e la definizione del percorso assistenziale del bambino-adolescente che accede alle Cure Palliative Pediatriche.

Si correla a ciò, anche, l'implementazione del sistema informativo e informatico per la gestione clinica e assistenziale degli interventi nei diversi nodi della rete al fine di supportare l'attività dei professionisti e rispondere ai debiti informativi regionali e nazionali aggiornati in merito al monitoraggio specifico dell'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) integrato nel modello organizzativo dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). Allo scopo di fornire una lettura sempre più precisa del funzionamento delle strutture e delle reti di cure palliative e per rispondere agli adempimenti LEA, è stata presidiata la qualità dei dati che confluiscono nei flussi informativi ADI e Hospice, al fine di poter monitorare indicatori specifici regionali (%).

deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul totale deceduti per causa di tumore – InSiDER IND0704: standard regionale \geq 45%. AUSL di Imola 2018 (I semestre) 51,9; 2017: 49,6%.

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

Il Dipartimento Cure Primarie è costituito dalle seguenti strutture: UOC Cure Primarie, Ospedale di Comunità (OS.CO), SSD Consultorio Familiare, SSD Assistenza Area della Non Autosufficienza, UOC Coordinamento delle attività di promozione della salute e di prevenzione di competenza del Dipartimento Cure Primarie.

Il Dipartimento ha svolto un ruolo primario, in collaborazione con il Distretto, nello sviluppo della Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme e di Medicina e nell'attivazione dell'Ospedale di Comunità (OS.CO), ambiti che dal 2015 hanno visto l'implementazione di specifiche funzioni realizzate in collaborazione con i Dipartimenti territoriali (DSM e Sanità Pubblica).

In tale contesto, nel 2018 è stato garantito il contributo del Dipartimento agli obiettivi delle Case della Salute in continuità con i percorsi avviati ed in coerenza con gli indirizzi regionali in materia, di cui alla DGR 2128 del 5.12.2016 recante "Indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle Comunità di professionisti e della Medicina di iniziativa".

Nel raccordo tra Ospedale e Territorio, si richiama il ruolo del Dipartimento, con riferimento al potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata, per il paziente complesso, al fine di consentire maggiore fluidità nelle dimissioni protette, favorendo sinergia tra medico specialista e MMG all'atto della dimissione mediante il raccordo del Punto Unico di Accettazione (PUA). Ha inoltre attuato in collaborazione integrata con l'UOC di Igiene Pubblica e la Pediatria Ospedaliera, la riorganizzazione delle prestazioni vaccinali in età pediatrica.

Nell'ambito dello sviluppo di interventi che vedono il coinvolgimento dei MMG, si evidenzia l'impegno volto in particolare all'avvio del progetto di presa in carico del paziente cronico complesso nelle Case della Salute, tramite l'Ambulatorio della cronicità, al fine della presa in carico multiprofessionale dei pazienti con comorbidità, fragilità socio-sanitaria, includendo anche il percorso clinico-assistenziale integrato per i pazienti psichiatrici con co-morbilità, in collaborazione con i MMG e nell'ambito del progetto regionale "Profili di rischi di fragilità Risk-ER".

Di particolare rilevanza il ruolo del Dipartimento nel monitoraggio dell'andamento delle prescrizioni e della spesa farmaceutica convenzionata e territoriale, ambito che costituisce uno dei principali obiettivi strategici aziendali. A tal fine, il DPC ha posto in essere, con i competenti servizi aziendali, la definizione di apposita reportistica al fine di mettere a disposizione dei Nuclei e dei singoli MMG le informazioni utili a rappresentare i consumi farmaceutici e l'andamento della spesa. Sulla base dell'analisi dei dati relativi all'andamento delle prescrizioni e della spesa farmaceutica il DCP ha messo in campo un sistema strutturato di analisi congiunta, attraverso la calendarizzazione di incontri specifici, con i Coordinatori di Nucleo e con i singoli MMG nei casi di iperprescrizione, intesa come scostamento in termini di DDD e di spesa pro capite pesata rispetto alla media aziendale.

Altrettanto rilevante l'apporto del DCP nella definizione e nel monitoraggio di tutto l'ambito di azioni connesso al Governo dei tempi di attesa per i cui obiettivi si rimanda al paragrafo specifico.

Discendenti dal Piano Locale Attuativo del Piano Regionale Prevenzione (PLA-PRP) si collocano obiettivi che, in attuazione dei Programmi relativi, si sono conclusi nel 2018, come ad esempio il Progetto di presa in

carico del Bambino sovrappeso e obeso (Programma 6.6. PLA) e l'attuazione dei percorsi AFA ed EFA negli ambiti previsti a livello regionale, dopo specifica formazione nei confronti dei MMG per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico anche attraverso la prescrizione nelle persone con patologie croniche (Programma 6.7 PLA).

Nell'ambito dello Sviluppo delle Cure Intermedie, si richiama il contributo all'attuazione degli interventi previsti per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative, in attuazione della DGR 560/2015 sulla riorganizzazione della rete locale cure palliative e della DGR 1770/2016 sui requisiti specifici per l'accreditamento della rete locale. Al fine di migliorare l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati, è stata potenziata la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera. L'obiettivo della continuità assistenziale rispetto al quale è stato garantito un costante impegno negli ultimi anni, dovrà proseguire con un maggiore investimento sul monitoraggio delle segnalazioni ai servizi territoriali competenti per aumentare la % di prese in carico in ADI entro 1 giorno dalla dimissione (InSiDER IND0729 "% di prese in carico in ADI entro 1 giorno dalla dimissione ospedaliera": 2018 pari al 19%).

In sede di DCP è stata realizzata, nel 2018, la riorganizzazione degli screening oncologici aziendali (tumore colon retto, tumore mammella, tumore collo utero) al fine di gestire in ambito territoriale i processi aziendali inerenti gli screening, avvalendosi della struttura operativa e dell'apporto funzionale dei professionisti preposti a tali percorsi. Relativamente ai tre programmi di screening oncologici si ritengono consolidati i percorsi attivi ormai da diversi anni con l'obiettivo di mantenere i livelli di copertura raccomandati nella popolazione target, assicurando il rispetto degli specifici protocolli e garantendo il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso e degli standard di performance, con particolare attenzione alla progressione delle chiamate al test HPV e al percorso per il rischio eredo-familiare del tumore della mammella.

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

L'area della Salute Mentale è stata interessata, negli ultimi anni, dalla progressiva attuazione di nuovi assetti organizzativo – funzionali, dando corso alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali sulla base della complessità assistenziale e dei relativi livelli di intensità di cura e allo sviluppo di innovativi assetti di cura sul territorio attraverso l'avvio di percorsi qualificati come *budget di salute*.

La riorganizzazione posta in essere, ha contribuito a:

- Mantenere l'appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali-riabilitativi attraverso una sempre maggiore integrazione progettuale e organizzativa sia all'interno del Dipartimento che con i soggetti esterni coinvolti.
- Garantire l'attività clinica e assistenziale mantenendo l'organizzazione per intensità di cura e continuità assistenziale, utilizzando le diverse aree per varie tipologie di ricoveri in:
 - area ospedaliera (SPDC) per le patologie in fase acuta
 - area territoriale (RTI) per proseguire/iniziare un percorso di stabilizzazione e riabilitazione prima della dimissione e sperimentare nuove modalità organizzative con la rimodulazione delle attività clinico-assistenziali-riabilitative nelle due aree (revisione dei piani delle attività), l'integrazione delle

risorse umane in un'ottica di appropriatezza e valorizzazione professionale e l'implementazione di percorsi specialistici in RTI.

Fra gli obiettivi qualificanti e caratterizzanti l'azione del DSM si richiamano i percorsi di implementazione del *budget di salute*, sia nell'area della Psichiatria adulti che nell'area della Neuropsichiatria infantile e delle Dipendenze Patologiche. Il budget di salute è l'insieme delle metodologie e delle risorse professionali, umane ed economiche necessarie per sostenere un processo che tende a ridare alla persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, un funzionamento sociale alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la comunità di appartenenza. L'applicazione della metodologia del Budget di Salute ha promosso effettivi percorsi abilitativi individuali nelle aree corrispondenti ai principali determinanti sociali e ai diritti di cittadinanza costituzionalmente garantiti, contribuendo alla realizzazione di servizi del DSMDP centrati sulla co progettazione, la cogestione, la gestione integrata da parte di utenti, familiari, terzo settore, ente pubblico e il cofinanziamento. Ha consentito, inoltre, la permanenza nel proprio tessuto abitativo e di vita di utenti con disturbi sia all'esordio che gravi e persistenti.

Le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015) identificano nel Budget di salute lo strumento integrato, socio-sanitario, a sostegno del progetto di cura personalizzato per persone affette da disturbi mentali gravi, attivabile dal DSM - DP in collaborazione con i Servizi Sociali in alternativa, o in superamento, di trattamenti residenziali non appropriati, tramite UVM. Consolidare l'utilizzo del Budget di salute con gli elementi qualificanti previsti dalle linee di indirizzo è una delle azioni previste anche per l'attuazione del Piano sociale e sanitario regionale (DGR 1423/2017), in collaborazione con l'ASP e il Privato sociale.

Nel 2018 l'attività del DSM si è caratterizzata dalla progressiva definizione e realizzazione di integrazioni funzionali ed afferenza di ambiti di attività con le Case della Salute, con particolare riferimento all'attuazione del percorso clinico assistenziale integrato del paziente complesso con co-morbidità da inquadrarsi nell'ambito del Progetto Risk-ER.

Nell'ambito dei programmi di sviluppo del Dipartimento si colloca anche l'implementazione e il monitoraggio della nuova gestione della Comunità Diurna per la Salute Mentale adulti a seguito di riprogettazione organizzativa secondo le finalità della DGR 1423/2015 che integra e modifica la DGR 564/2000 in materia di autorizzazione al funzionamento.

In continuità con l'anno precedente c'è stato un importante investimento di attività sugli obiettivi di consolidamento e/o miglioramento degli indici di performance delle prestazioni rivolte alle persone con disturbi dello spettro autistico.

In merito al PDTA Gioco d'Azzardo con riferimento all'approvazione del Piano Regionale di contrasto al Gioco d'Azzardo 2017-2018 (DGR 2098/2017), sono state messe in campo azioni volte all'implementazione del PDTA. In riferimento al PDTA Tutela Minori, si è provveduto alla definizione della procedura da parte del gruppo interaziendale ASL-ASP.

5.3 Attività di prevenzione e promozione della salute

Con DGR 771/2015 la Regione Emilia Romagna ha approvato il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018. Al fine di pianificare a livello locale le attività e raccordarle con gli altri strumenti di programmazione locale, l'Azienda ha elaborato il "**Piano Locale Attuativo del Piano Regionale per la Prevenzione 2015-2018**" (PLA-PRP), avviando i programmi di intervento conseguenti.

Nel 2018 si è provveduto, in accordo con la programmazione anche locale delle Aziende Sanitarie, alla rimodulazione del PRP, estesa e prorogata anche al 2019, sulla base dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2017. L'obiettivo di fondo si inquadra nel crescente ruolo che la Sanità pubblica è chiamata a svolgere nel promuovere e facilitare l'incontro e la collaborazione di tutti i soggetti coinvolti nella tutela e promozione del benessere e della salute della popolazione.

PIANO LOCALE ATTUATIVO DEL PIANO REGIONALE PER LA PREVENZIONE

In tale ottica, il Piano (PLA) esplicita la struttura organizzativa locale (in termini di responsabili, coordinatori, gruppi di lavoro, ecc.) e i progetti di intervento specifici correlati ai 6 programmi/setting di intervento:

- 1) Ambienti di lavoro
- 2) Comunità – Programmi di popolazione
- 3) Comunità – Programmi età specifici
- 4) Comunità – Programmi per condizione
- 5) Scuola
- 6) Ambito sanitario

L'attuazione del PLA prevede il coinvolgimento di tutti Dipartimenti aziendali ed in particolar modo del Dipartimento di Sanità Pubblica che ne coordina l'attuazione complessiva. Nell'ambito del PLA stesso, peraltro, compete alle Unità operative del Dipartimento, la funzione di responsabilità in capo al setting 1 "Ambienti di Lavoro", al setting 2 "Comunità - Programmi di popolazione", al setting 3 "Comunità - Programmi età specifici".

Il PLA-PRP individua per ogni progetto una serie di indicatori rilevanti ("indicatori sentinella") condivisi con il livello nazionale, per monitorare le azioni che rappresentano il core del piano.

Nel 2017 e 2018 lo standard regionale richiesto ha visto l'AUSL di Imola impegnata a contribuire al raggiungimento di almeno il 95% degli indicatori sentinella, secondo quanto indicato nella programmazione aziendale. Per ogni singolo indicatore lo standard si considera raggiunto se il valore conseguito risulta \geq all'80% rispetto al valore atteso. Si è pertanto contribuito al raggiungimento degli obiettivi regionali di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali setting del PRP (Ambienti di lavoro, comunità-programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito sanitario) attraverso le azioni previste dalle singole schede di progetto. Gli standard attesi monitorati da "indicatori sentinella" sui 67 progetti di cui è costituito il Piano Locale Attuativo del PRP sono stati raggiunti grazie al coinvolgimento ed impegno degli operatori, non limitato al Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP), ma trasversalmente all'Azienda, in rapporto anche ad interlocutori esterni all'Azienda stessa. Dalla valutazione delle schede di rendicontazione dei progetti, emerge il mantenimento della performance raggiunta nel 2017.

Gli obiettivi discendenti dal PLA-PRP rivisto, nel 2018, sono stati trasposti sul Budget 2018 sia a livello di performance organizzativa sia a livello di performance individuale, secondo le competenze ed i coinvolgimenti specifici dei vari professionisti, con riferimento alle azioni contenute nei singoli progetti e con risultato atteso corrispondente all'*indicatore sentinella* previsto per ciascun di essi.

Programmi regionali di screening. L'AUSL di Imola continua a rispettare gli obiettivi relativi ai tre screening oncologici, sia in termini di avanzamento del programma, sia per l'adesione della popolazione all'invito. In coerenza con le raccomandazioni regionali, l'invito è esteso sul territorio aziendale anche alla popolazione non residente e domiciliata. I dati riportati in tabella derivano da una rilevazione regionale non ancora consolidata. Si tratta di proiezioni ricavate dalle schede puntuali; i dati 2018 verranno discussi e consolidati nel 2020. I dati si riferiscono all'andamento relativo alla rilevazione al 30/06/2018 (primi sei mesi di attività) in quanto solo entro questa data è disponibile il relativo dato comparativo regionale. Per quanto riguarda l'avanzamento e l'adesione ai programmi si registrano dati in linea e in diversi casi superiori alla media regionale.

Programmi regionali screening: prevenzione tumore collo dell'utero, mammella e colon retto.		2016		2017		2018	
		IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.
% Avanzamento Programma	Screening tumore collo dell'utero	98,6%	98,8%	98,3%	98,8%	99,7%	99,3%
	Screening tumore della mammella - target 45 - 49	100,0%	96,8%	100,0%	96,8%	98,8%	98,6%
	Screening tumore della mammella - target 50 - 69	100,0%	96,3%	100,0%	96,3%	99,6%	97,7%
	Screening tumore della mammella - target 70 - 74	100,0%	97,0%	100,0%	97,0%	99,9%	97,9%
	Screening Colon Retto	96,1%	93,4%	98,3%	94,1%	99,5%	95,3%
% Adesione a invito	Screening tumore collo dell'utero	63,2%	60,6%	62,0%	59,7%	59,9%	61,4%
	Screening tumore della mammella - target 45 - 49	76,8%	68,9%	76,1%	66,0%	72,0%	68,7%
	Screening tumore della mammella - target 50 - 69	74,5%	73,7%	73,8%	69,9%	72,4%	70,0%
	Screening tumore della mammella - target 70 - 74	73,5%	73,4%	72,5%	70,4%	71,9%	71,8%
	Screening Colon Retto	56,0%	55,1%	58,7%	53,3%	57,0%	54,5%

Per quanto riguarda le vaccinazioni infantili e per adulti obbligatorie e raccomandate, sono state attuate le azioni necessarie all'adozione del **Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV 2017-19)**, secondo le indicazioni regionali. Relativamente ai risultati raggiunti nel 2018, le coperture vaccinali vengono calcolate dalla Regione sulla base dei dati presenti in Anagrafe Vaccinale Regionale.

Si riportano di seguito i dati regionali preliminari o estratti dalla Anagrafe vaccinale aziendale:

Coperture Vaccinali	Target RER	2017	2018
Copertura per le 10 Vaccinazioni obbligatorie al 24° mese	> 95%	96,9%	96,5%
Copertura vaccinale MPR (Morillo, Parotite e Rosolia) al 24° mese 1 dose (InSIDER IND0171)	> 98%	92,9%	94,4%
Copertura Vaccinazione contro il meningococco B 1° anno 1 dose	> 75%	67,2%	80,3%
Copertura vaccinale HPV femmine coorte di nascita di riferimento 1 dose	> 75%	87,4%	86,2%
Copertura vaccinale HPV femmine coorte di nascita di riferimento dose completa (InSIDER IND0171)	> 75%	81,4%	83,1%
Copertura vaccinale HPV maschi coorte di nascita di riferimento 1 dose	> 75%	-	79,4%
Copertura vaccinale HPV maschi coorte di nascita di riferimento dose completa	> 75%	-	65,1%

Nell'area adulti si evidenziano le seguenti coperture vaccinali:

- Copertura vaccinale antinfluenzale nei soggetti ≥ 65 anni (obiettivo $> 75\%$): in riferimento alla campagna antinfluenzale 2018/2019 si riporta il dato regionale intermedio relativo alla campagna, aggiornato al 16 aprile 2019: 58,4%.
L'indicatore InSIDER (IND0172) riporta la percentuale di copertura relativa alla precedente campagna antinfluenzale (2017/2018). Il dato regionale aggiornato al 16 aprile 2018: 56,14%.
- Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari (obiettivo $\geq 34\%$): in riferimento alla campagna 2018/2019 si riporta il dato regionale aggiornato al 16 aprile 2019: 36,8% (che diventa 40,8% se calcolati col denominatore più preciso proposto l'anno scorso dalla Regione).
L'indicatore InSIDER (IND0174) per l'anno 2017/2018, aggiornato al 4 aprile 2018, evidenzia una copertura pari al 30,04% che esprime una buona performance nel range "verde" dei valori da 25% a 34% di copertura.
- Copertura vaccinale antipneumococco nella popolazione di età ≥ 65 anni (obiettivo $\geq 55\%$): in riferimento a questo indicatore, non disponibile sulla piattaforma InSIDER, il dato anticipato dalla regione è il seguente: 41,7% nella coorte di nascita 1952 e 37,9% nella coorte 1953.

Sul versante dell'**Igiene e sanità pubblica**, l'attività di Prevenzione Malattie Infettive (vaccinazioni, consulenze viaggi internazionali, ecc.) registra un sostanziale mantenimento rispetto all'anno precedente, con un incremento relativo alle indagini epidemiologiche. Cala invece l'attività legata alle notifiche di malattie infettive. In riferimento a visite e certificati medico-legali si registra un lieve decremento dell'attività come per gli accertamenti necroscopici, mentre aumenta la certificazione di formazione degli alimentaristi. A livello complessivo si rileva un sostanziale mantenimento nei volumi di prestazioni erogate (-0,7%) rispetto all'anno 2017, ed una percentuale di aderenza al Piano regionale di campionamento pari al 99%, in miglioramento rispetto agli anni precedenti (2016 e 2017: 95%).

ATTIVITA'	2017	2018	Var. ass.	Var. %
Attività di Prevenzione Malattie Infettive				
Vaccinazioni	8.178	8.188	10	0,1%
Consulenze viaggiatori internazionali	627	657	30	4,8%
Indagini epidemiologiche	202	272	70	34,7%
Notifiche malattie infettive	936	663	-273	-29,2%
Attività medico-legali di 1° livello				
Visite e certificazioni medico legali	2.097	2.026	-71	-3,4%
Accertamenti necroscopici	967	946	-21	-2,2%
Attestati di formazione alimentaristi	1.738	2.013	275	15,8%
Attività di controllo della TBC				
Visite tisiatriche	645	177	-468	-72,6%
Attività medico-sportiva				
Visite mediche	1.925	2.198	273	14,2%
Attività Medico Legale Collegiale				
Collegi medici	3	9	6	200,0%
ATTIVITA'				
	2017	2018	Var. ass.	Var. %
Campioni				
Alimenti	175	181	6	3,4%
piscine, balneazione, terme	348	384	36	10,3%
acqua potabile / tamponi	877	930	53	6,0%
Accessi				
Alimenti	460	602	142	30,9%
Abitato	456	406	-50	-11,0%
integrate con S. Vet.	113	148	35	31,0%
pareri su igiene alimenti	232	230	-2	-0,9%
pareri su igiene abitato + NIP	229	200	-29	-12,7%
Partecipazione a commissioni				
Conferenze di servizio e commissioni	1.400	1.227	-173	-12,4%
Corsi di Laurea in Tecniche della prevenzione				
Docenze, tutoraggio e svolgimento tirocini (in ore)	255	256	1	0,4%
Totale prestazioni	21.863	21.713	-150	-0,7%
Totale prestazioni "pesate"(ore) Escluse visite fiscali domiciliari	23.828	24.543	715	3,0%
Ispezioni per 10 mila abitanti Area Ambienti confinanti	24,04	23,65	-0,4	-1,6%
% Aderenza ai Piani regionali di campionamento	95%	99%	0	4,2%

Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro. In riferimento alla attività ispettiva sulle Unità locali controllate, risulta un lieve incremento complessivo pari a +4%, con un andamento in controtendenza riconducibile alla tutela delle lavoratrici madri (-45%). I pareri evidenziano complessivamente un calo (-15%). In riferimento alle prestazioni individuali si rileva un lieve decremento delle visite specialistiche di medicina del lavoro (-10%).

UNITA' LOCALI CONTROLLATE	2017	2018	Var. ass.	Var. %
ispezione aziende edili	246	260	14	6%
ispezione aziende agricole	33	30	-3	-9%
ispezioni aziende altri comparti	82	99	17	21%
tutela lavoratrici madri	33	18	-15	-45%
inchieste infortuni e/o malattie professionali	24	26	2	8%
TOTALI	418	433	15	4%

PARERI	2017	2018	Var. ass.	Var. %
nuovi insediamenti produttivi	22	33	11	50%
piani lavoro per bonifica materiali contenenti amianto	622	522	-100	-16%
pareri lavoratrici madri	31	18	-13	-42%
TOTALI	675	573	-102	-15%

PRESTAZIONI SANITARIE INDIVIDUALI				
visite specialistiche medicina del lavoro	97	87	-10	-10%
partecipazione a commissioni mediche(gg.)	65	70	5	8%
di cui per esame ricorsi ex art. 41 DLgs.81/08	19	13	-6	-32%
TOTALI	162	157	-5	-3%

EPIDEMIOLOGIA INFORTUNI SUL LAVORO				
report annuale "infortuni sul lavoro sul territorio imolese"	1	1	0	

CORSO DI LAUREA				
Tutoraggio e guide di tirocinio (ore)	255	244	-11	-4%
Totale prestazioni	1.275	1.164	-111	-9%
N. prestazioni "pesate"(ore)	13.498	14.144	646	5%

L'UOC **Igiene veterinaria** rileva un incremento di interventi programmati pari a +10,4% nel 2018 a confronto con il 2017. In riferimento agli interventi in emergenza si riscontra un incremento di interventi in ambito allerte/NC. Per quanto concerne gli indicatori sul rispetto degli standard regionali di congruità relativi ai piani di sorveglianza e monitoraggio in ambito veterinario, si rilevano percentuali prossime al 100% ed in alcuni casi anche superiori.

VOLUMI ATTIVITA'	2017		2018		scostamenti	
	N° prestazioni	prestazioni "pesate" (ore)	N° prestazioni	prestazioni "pesate" (ore)	Var. ass.	Var. %
Valutazioni epidemiologiche						
N.ro interventi	46	115	56	140	10	22%
Formazione, educazione alla salute						
N.ro attestazioni	10	80	19	152	9	90%
guide tirocinio - ore	468	468	402	402	-66	-14%
Informazione e comunicazione						
N.ro iniziative	12	60	12	60	0	0%
N.ro Pareri	5	13	11	28	6	120%
Controllo ufficiale						
N.ro ispezioni	691	3.455	585	2.925	-106	-15%
N.ro audit	8	160	10	200	2	25%
N.ro verifiche	834	1.251	1.752	2.628	918	110%
N.ro verifiche stabilimenti riconosciuti	2.234	1.854	2.647	2.197	413	18%
N.ro campioni legali	271	1.084	255	1.020	-16	-6%
N.ro campioni conoscitivi	986	740	859	644	-127	-13%
N.ro profilassi	1.036	2.072	1.031	2.062	-5	0%
N.ro valutazioni documentali	3.848	770	4.165	833	317	8%
N.ro certificazioni	801	801	598	598	-203	-25%
Prestazioni sanitarie						
chirurgiche - ore	66	330	48	240	-18	-27%
mediche - ore	216	1.080	298	1.490	82	38%
Provvedimenti di autorizzazione/ registrazione/ riconoscimento	213	533	201	503	-12	-6%
Consulenze specialistiche						
N.ro incontri con istituzioni	23	69	24	72	1	4%
N.ro valutazione pratiche	12	24	28	56	16	133%
Verifiche da parte di Enti esterni all'UOC (accreditamento, RER, FVO, ecc.)	3	750	1	250	-2	-67%
Totale interventi Programmati	11.783	15.709	13.002	16.500	1.219	10,3%
Interventi in emergenza						
focolai mal.inf. - n	5	500	6	600	1	20%
piani straordinari - n	10	250	9	225	-1	-10%
allerte/NC	28	700	58	1.450	30	107%
Totale interventi in Emergenza	43	1.450	73	2.275	30	70%

Epidemiologia e sistemi informativi

E' stata consolidata l'attività di sorveglianza relativa al Registro di mortalità: l'inserimento delle schede ISTAT è risultata in linea con i tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003: le schede ISTAT di tutte le persone decedute nel 2018 (n. 1498) sono state codificate ed inserite entro marzo 2019; risultato osservato 100%. Sono state eseguite tutte le azioni previste dal sistema di Sorveglianza degli stili di vita PASSI (interviste, questionari, inserimento dati). Per PASSI sono state inserite tutte le 110 interviste assegnate alla nostra AUSL per l'anno 2018; pertanto l'obiettivo è stato raggiunto.

Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni

Sono state garantite tutte le azioni di sorveglianza e controllo delle malattie infettive attuando quanto previsto dai piani regionali specifici. In particolare, in relazione alla notifica alla Regione dei casi segnalati di Dengue-Chikungunya-Zika virus, la situazione osservata nel 2018, in base ai dati disponibili, è la seguente:

nessun caso sospetto è stato confermato dal Laboratorio di riferimento regionale come caso di Dengue-Chikungunya-Zika virus. Pertanto nessun caso è stato inserito in SMI.

Nel corso del 2018 sono state inserite nell'applicativo SMI un totale di 663 notifiche di malattie infettive. Non risultano schede incomplete al periodo di consolidamento, pertanto l'obiettivo del 100% è da ritenersi raggiunto.

Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

Sono stati mantenuti i livelli consolidati di copertura di vigilanza negli ambienti di lavoro. In riferimento all'indicatore: % aziende con dipendenti ispezionate (obiettivo: 9%) le uu.ll. controllate sono state 524 (di cui 36 da attività fuori orario di lavoro e 55 controllate da UOIA AUSL di Bologna), pari al 8,6% (524/6.109). Il nuovo denominatore RER 2018 (6.109 uu.ll.) risulta aumentato per effetto dell'aggiunta, su indicazione nazionale e regionale, dei lavoratori autonomi. Ciò ha comportato un aumento di 59 uu.ll. da controllare (550 contro 491). Pertanto, il lieve scostamento negativo rispetto all'obiettivo è da attribuire alle nuove indicazioni nazionali e regionali che hanno stabilito un ricalcolo del denominatore per l'aggiunta dei lavoratori autonomi – aumento ufficializzato solo nel corso dell'anno, a giugno 2018, con la DGR 919/2018, oltre che alla mancata sostituzione di un pensionamento per gli ultimi due mesi dell'anno.

E' stata mantenuta la realizzazione del Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna 2017-2019: "N. cantieri rimozione amianto controllati su piani di rimozione amianto presentati (art. 256 D.Lgs. 81/08)": $\geq 15\%$.

I cantieri controllati sono stati 50, uguali al 21% dei piani di rimozione amianto pervenuti (dedotti gli interventi in emergenza e le rimozioni da privati). Si evidenzia l'attivazione di un ambulatorio diretto alla sorveglianza degli ex esposti ad amianto in ogni DSP.

A seguito di pubblicazione DGR 1410 del 03/09/2018 e comunicazione RER n. 642920 del 23/10/2018, si è effettuato l'avvio dell'ambulatorio medicina del lavoro ex esposti dall'1/10/2018 con redazione di specifica procedura.

Rispetto al Piano regionale della prevenzione 2015-2018 e all'indicatore previsto: "N. aziende del territorio partecipanti al progetto di promozione della salute (PRP 1.2) nei luoghi di lavoro: $\Rightarrow 80\%$ " sono 6 le aziende che hanno partecipato al progetto di promozione della salute (prevista nel PRP la partecipazione di 3 aziende).

Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio sanitarie.

E' stata mantenuta aggiornata l'anagrafe regionale delle strutture sanitarie: obiettivo raggiunto (100% delle strutture autorizzate). Su un totale di case famiglia presenti nel territorio aziendale (registrate sulla scorta delle segnalazioni di inizio attività inviate dai Comuni) nel 2018 ne sono state controllate il 50% (3). Considerato che le altre 3 erano state controllate nell'anno precedente, nel biennio 2017-2018 si è complessivamente raggiunta una copertura del 100%.

Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

E' stata data attuazione al **Piano regionale integrato delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale**, attraverso la pianificazione annuale delle attività 2018 della S.S.U. Igiene Alimenti e Nutrizione, della U.O.C. Igiene Veterinaria e del Programma Sicurezza

alimentare. Sono stati pertanto adottati i criteri definiti al cap. 1 colonna ACL dell'Accordo Stato regioni di recepimento delle "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle regioni e province autonome e delle AA.SS.LL. in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria", di cui alla DGR 1510/2013. Il Piano regionale alimenti è stato portato a compimento.

In riferimento all'indicatore "% indicatori "sentinella" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano" (obiettivo: 100%) con fonte dati sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo), sistema regionale ORSA e rendicontazioni aziendali si osserva per l'anno 2018 che tutte le attività e i relativi indicatori sentinella individuati dalla Regione nei Piani specifici relativi a: Aziende con allevamento di suini, Prelievo dell'obex nei bovini/bufalini morti in allevamento, Ispezioni di biosicurezza presso gli allevamenti avicoli, Controllo delle strutture di ricovero per cani e gatti, Produzione di carni macinate e preparazioni carni separate meccanicamente, Stabilimenti di trasformazione (PP), Campionamento alimenti di competenza veterinaria, Allevamenti animali DPA autorizzati scorte, Campioni PNAA, Allevamenti suini, GDO (Grande Distribuzione Organizzata), Operatori registrati o riconosciuti per la trasformazione di alimenti, Campionamento di alimenti di competenza SIAN), compreso il Piano fitosanitari sono stati corrisposti al 100%.

Il target regionale sulla % della totalità di indicatori con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano (obiettivo: 80%) risulta, inteso come media complessiva dei singoli progetti, raggiunto nella misura dell'80% corrispondente allo standard regionale.

Controlli ufficiali previsti dai Piani nazionali e regionali brucellosi bovina e ovicaprina e anagrafe ovicaprine. Indicatore: % allevamenti controllati su totale allevamenti soggetti a controllo; (obiettivo = 100%). Nel corso dell'anno 2018 sono stati realizzati i piani specifici per il controllo della brucellosi bovina e della brucellosi ovicaprina, controllando il 100% degli allevamenti previsti.

Indicatore: % dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN (obiettivo 80%). L'adeguamento del programma gestionale SICER di GPI realizzato attraverso l'utilizzo di fondi regionali, ha consentito il popolamento dei dati di attività sul sistema nazionale SANAN. Nel 2018 tutti i campionamenti individuali (100%) sono stati caricati sul sistema SANAN.

In relazione all'indicatore % aziende controllate nell'anno sul totale aziende soggette a controllo (l'obiettivo 3%) con fonte dati: portale nazionale VETINFO "Statistiche", sono state attuate le ispezioni per l'anagrafe ovicaprine nella misura del 3% delle aziende soggette a controllo.

Controlli sui contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari)

Indicatore: % campioni analizzati per il piano regionale fitosanitari, per ciascuna categoria di alimenti, sul totale dei campioni previsti dal piano regionale per quella categoria (obiettivo 100%) - Fonte dati: sistema nazionale NSIS. Nel corso dell'anno 2018 sono stati eseguiti i campioni previsti nelle modalità indicate dal Piano regionale fitosanitari, prelevando il 100% delle matrici alimentari indicate (dati presenti sul Portale per la gestione dei campioni FITOSAN gestito da ARPAE).

Adeguamento sistemi informativi gestionali per la trasmissione dei dati al sistema regionale ORSA

E' stata realizzata in data 05/09/2018 una iniziativa di formazione/informazione sulle regole ORSA per il miglioramento della qualità dei dati rivolta agli operatori della UOC Igiene veterinaria. L'obiettivo, che fa riferimento al progetto n. 2.17 – Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Alimentare (ORSA) – del PRP è stato raggiunto e già validato a livello regionale.

Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari = 35,2% (dati regionali intermedi sulla campagna antinfluenzale aggiornati al 05/02/2019). Nella precedente campagna la copertura era pari a 30,1%.

Indicatore e target: Operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio \geq 95%. Nel corso del 2018 gli operatori addetti a reparti ad alto rischio (un totale di 252 unità per i reparti di Ostetricia, Oncologia, Pediatria e Nido, Rianimazione, Pronto Soccorso) sono risultati immuni o sono stati vaccinati come di seguito descritto:

- Morbillo (241/252) 95%
- Rosolia (242/252) 96%
- Varicella (234/252) 93%
- Parotite (73/252) 28% - verifiche/titolazioni e vaccinazioni iniziate solo nell'ultimo trimestre 2018.

Indicatore: Realizzazione di programmi di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie, attuati attraverso i medici competenti e gli strumenti messi a punto a livello regionale: % schede individuali dei lavoratori compilate dai medici competenti: => 5% dei lavoratori per ogni Azienda Sanitaria. Nel 2018 erano state programmate dal medico competente 589 visite ma nel corso dell'anno sono state effettuate 810. Di queste visite in 98 casi sono state compilate le schede individuali dei lavoratori, superando il target previsto (=> 5% dei lavoratori).

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA

Le funzioni rivolte all'Assistenza Collettiva in ambiente di vita e di Lavoro, in capo al Dipartimento di Sanità Pubblica, hanno visto nell'ultimo triennio, in aggiunta alla specifica attività di prevenzione e controlli ufficiali programmati e in urgenza, i seguenti ambiti di intervento:

- Attività di vigilanza e controllo ufficiali con modalità integrate a livello dipartimentale, tenuto conto del contesto territoriale, e rivolte al recupero di efficienza nell'impiego delle risorse.
- Attività rivolta alla persona, mediante definizione dei livelli di integrazione funzionale e interdipartimentale, nell'ambito della Casa della Salute.
- Attività di promozione della salute e del benessere sociale: collaborazione e contributo ai progetti regionali e/o locali, con livelli di integrazione con l'area territoriale ed ospedaliera.
- La realizzazione di integrazione funzionale con la Casa della Salute di Castel S. Pietro Terme con particolare riferimento alla riorganizzazione delle sedute vaccinali (antidifterite, antinfluenzale).

Rileva in modo preponderante il ruolo di coordinamento del Dipartimento di Sanità Pubblica nell'elaborazione e attuazione del **Piano Locale Attuativo del Piano Regionale per la Prevenzione 2015-2018** cui si

rimanda al paragrafo specifico, con particolare riferimento all'aggiornamento dello stesso in attuazione dell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni rep n. 247 del 21.12.2017. Nell'ambito del PLA stesso, peraltro, compete alle Unità operative del Dipartimento, la funzione di responsabilità in capo al setting 1 "Ambienti di Lavoro", al setting 2 "Comunità - Programmi di popolazione", al setting 3 "Comunità - Programmi età specifici". In ambito di Sanità pubblica l'AUSL di Imola ha recepito il nuovo **Piano di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV)** e ha aderito al piano di implementazione graduale del calendario delle vaccinazioni ricomprese nei nuovi LEA. Ha provveduto inoltre all'implementazione e al consolidamento dell'offerta attiva anche alle vaccinazioni sotto riportate, per il cui esito in termini di copertura si rimanda al capitolo 5.3 Attività di prevenzione e promozione della salute:

- copertura per le 10 vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia (valutate al 24° mese) con obiettivo >95%.
- copertura vaccinale per la vaccinazione contro il meningococco B al 1° anno con obiettivo >75%.
- copertura vaccinale contro HPV ragazze nella coorte di nascita di riferimento (InSIDERIND0173) >75%.
- copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età ≥ 65 anni: obiettivo $\geq 75\%$.
- copertura vaccinale antipneumococco nella popolazione di età ≥ 65 anni: $\geq 55\%$.

6. Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

6.1 Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico

Sicurezza delle cure

Gli obiettivi dell'area 3.4 "Sicurezza delle cure" sono già stati rendicontati alla Regione, come da indicazioni ricevute, nel "Report di attuazione delle attività previste dal **Piano Programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC)** per l'anno 2018" (nota prot. 6735 del 28/02/2019).

Si riepiloga in sintesi la rendicontazione dei singoli obiettivi nella tabella sottostante.

Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla L. 24/2017 sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto	Relazione pubblicata sul sito internet (sezione trasparenza) entro il 31/03/2018.
Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure: report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per 2019. Target: sì	PPSC 2018-2019 formalizzato con delibera n. 27/2019. Report di attuazione del PPSC 2018 inviato alla RER entro il 28/02/2019.
Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta, analisi e valutazione dei dati ed evidenza di azioni di miglioramento su Unità Operative non segnalanti nel 2017. Evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2017	Hanno partecipato al sistema di segnalazione 3 UUOO non segnalanti nel 2017, come dettagliato nel report trasmesso alla RER.
Assolvimento del debito informativo previsto da circolare 18/2016; effettuazione check list di sala operatoria: copertura SDO su procedure AHRQ4 ($\geq 90\%$)	99,88% (dati presentati al Coordinamento dei Risk Manager in data 11/03/2019)
Assolvimento del debito informativo previsto da circolare 18/2016; effettuazione check list di sala operatoria: linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ5 ($\geq 75\%$)	98% (dati presentati al Coordinamento dei Risk Manager in data 11/03/2019) N.B: dati primi 3 trimestri 2018 (non disponibile il 4° invio del flusso SSCL)
Ripetizione delle osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare) per verifica efficacia dei piani di miglioramento	L'Azienda ha partecipato al Progetto regionale pur non avendo raggiunto il numero di schede previsto (33 su 50 previste), anche per problemi tecnici legati al malfunzionamento della App per la compilazione on-line delle schede (che quindi sono state compilate in cartaceo e trasmesse alla Regione successivamente).
Adozione braccialetto identificativo. Copertura 95% Unità Operative di degenza	100%. Il braccialetto identificativo è applicato a regime ed esteso a tutti gli ambiti sanitari.
Evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia. 100% dei casi di esito grave e di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici-maternali	100%. Nell'ambito del Progetto "Near miss ostetrici", in data 19/10/2018 è stato condotto un SEA per l'analisi multidisciplinare (con il coinvolgimento delle professionalità e discipline coinvolte: ginecologi, anestesisti, ostetriche) di tutti gli eventi significativi occorsi in ambito ostetrico (eclampsia, isterectomia post-partum), tra cui 1 near miss ostetrico (caso di eclampsia) segnalato attraverso il portale ISS-ITOSS.
Effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia (FUT) e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica. Almeno 1 Unità Operativa	L'AUSL di Imola ha aderito al Progetto Vi.Si.T.A.RE effettuando le visite presso OsCo e Pediatria. Obiettivo già rendicontato alla RER, secondo il format richiesto (nota prot. 6735 del 28/02/2019).
Formazione di operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti) dell'area di degenza medica e chirurgica sulle linee di indirizzo delle cadute in ospedale attraverso corso FAD. Partecipazione di almeno il 50% degli	Nel 2018 è stato realizzato il corso FAD "LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE", per un totale di 412 partecipanti iscritti (88 prima edizione; 324 seconda edizione); nella

operatori sanitari delle suddette aree	prima edizione hanno terminato il corso 80/88 partecipanti, nella seconda 238/324. La percentuale di professionisti formati è stata pari al 77,18%.
--	---

Adozione di strumenti di governo clinico

Al fine di consentire la programmazione e il governo della spesa, è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori:

- del 100% dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. In particolare per i farmaci antivirali per l'epatite C anche la percentuale di compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi dovrà essere del 100%. I dati risultano compilati dai prescrittori aziendali al 100% (dato periodico regionale di ritorno RER).
- dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, compresi quelli relativi ai farmaci innovativi che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back; al fine della gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...) la % dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 95% dei trattamenti chiusi. Per quanto riguarda i farmaci innovativi e non a prescrizione e gestione locale (esclusi quindi innovativi oncologici endovenosi gestiti c/o UFA-ASL_BO in convenzione, o prescrizioni a pazienti residenti AUSL da prescrittori extra- IMOLA) l'obiettivo risulta raggiunto.
- del data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario. Tutte le eccezioni prescrittive 2018 sono state inserite in data entry manuale nel DB regionale, a cura dei farmacisti della Direzione Assistenza Farmaceutica.

In riferimento alla necessaria di sostenere le attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta e la partecipazione alle riunioni mensili del Coordinamento regionale, quali strumenti per promuovere la diffusione, la conoscenza, l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario terapeutico regionale fra i professionisti, attraverso un confronto diretto a livello locale sulle raccomandazioni prodotte, la Direzione Farmaceutica ha assicurato nel 2018 partecipazione costante, interattiva e pro-attiva.

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

In merito al sostegno dell'attività di sorveglianza per migliorare partecipazione e qualità dei dati raccolti con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER), la % di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento primo semestre dell'anno) da target regionale, è richiesto al 75% di interventi sorvegliati.

L'Azienda ha proseguito nel 2018 al sistema di sorveglianza SICHER, implementando la nuova modalità di sorveglianza attraverso il programma ORMAWEB: per questo motivo il 1° semestre 2018 è da considerare una prima fase di attivazione di un nuovo sistema che dovrà essere migliorato attraverso l'aiuto dei professionisti della Rete SICHER, soprattutto per quanto riguarda l'aumento del Follow-up. Rispetto la % di procedure sorvegliate è stata raggiunta la copertura del 76%.

L'azienda ha garantito il sostegno all'attività di implementazione igiene mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione di formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio

dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MAppER.

Per quanto riguarda l'indicatore "Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario con target 20 litri per 1000 giornate di degenza, si osserva in area ospedaliera l'adesione in tutte le degenze attraverso il gruppo rilevatori aziendali che utilizzano il MAppER - adesione globale delle Degenze 92%. Il monitoraggio della soluzione alcolica - risultato globale in regime di degenza ordinario pari a 41 Litri per 1000 gg (compreso Osco).

In relazione all'estensione del monitoraggio all'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie, attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale specifica (Report annuale di AUSL sul consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate): nelle Case Residenziali per Anziani Accreditate a seguito del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani attraverso il gruppo rilevatori CRA che utilizzano il MAppER – si riscontra un'adesione globale pari a 88,6%. Per quanto riguarda il monitoraggio della soluzione alcolica - risultato globale considerando posti accreditati e non, pari a 9 Litri per 1000 gg di degenza.

Il monitoraggio dell'attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi, al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi (Ind. sentinella progetto 6.12 PRP) ha previsto la partecipazione al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert) da parte di tutti gli ospedali della regione. Per quanto concerne l'AUSL di Imola è stata garantita la partecipazione al sistema di sorveglianza dei C.P.E. ed è stato effettuato regolarmente il caricamento dei file mensili di sintesi sul sito web sharepoint "ER-ReCI (Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni)". Monitoraggio di n. 8 casi di Batteriemie da KPC (n. 4 già colonizzati all'ingresso) dei quali sono state compilate le schede specifiche SMI. Effettuati sopralluoghi per verificare l'applicazione delle precauzioni aggiuntive da contatto e la sorveglianza dei contatti come da Linee Guida Regionali 2017.

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Con la DGR 1943/2017 sono stati approvati i nuovi requisiti generali di accreditamento che sostituiscono integralmente quelli presenti nella DGR 327/2004. La stessa DGR stabilisce che tali requisiti si applicano ai processi direzionali e trasversali dell'intera organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private, pertanto i suddetti requisiti sono applicati prioritariamente a livello delle Direzioni delle diverse organizzazioni sanitarie, passando dunque dal livello dipartimentale, storicamente oggetto di accreditamento, all'accREDITAMENTO di tutta l'Azienda sanitaria. In tale ottica l'Azienda ha provveduto ad implementare il nuovo sistema, che permettesse di misurare il grado di adesione dei processi direzionali agli stessi requisiti, mediante autovalutazione ed audit interno, predisponendo le evidenze a supporto e le eventuali azioni di miglioramento. Contestualmente è stata presentata una nuova domanda di accreditamento, che ha visto la visita di verifica da parte di apposita commissione regionale nel periodo 12-14 febbraio 2019. Inoltre, va evidenziato, che alcuni dipendenti aziendali sono inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della stessa ASSR come valutatori, garantendo la loro partecipazione sia alle visite di verifica, a seguito di convocazione

formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze.

Accreditamento

L'Azienda ha provveduto in data 31.1.2018 alla presentazione della domanda di rinnovo dell'Accreditamento ai sensi della DGR 1943 del 4.12.2017, "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie". E' stata effettuata una autovalutazione del possesso dei requisiti utilizzando un "gruppo di miglioramento" (accreditato ECM) formato dai facilitatori per la qualità e l'accreditamento dipartimentali e di UO. Il percorso avviato ha poi visto nelle date dal 12 al 14 febbraio 2019 la visita di verifica da parte del gruppo tecnico regionale in ordine alla domanda di accreditamento avanzata.

Lesioni da pressione

Obiettivo: "Aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione. Target: 100%" e "Adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle lesioni da pressione come da procedura aziendale (aggiornata secondo linee di indirizzo regionali). Realizzazione di un audit clinico-assistenziale (di processo) in 4 unità operative d'area medica e 2 unità operative in ambito chirurgico".

Rispetto all'obiettivo in questione si rappresenta:

1. è stata prodotta una nuova procedura aziendale "Prevenzione delle lesioni da pressione (LdP)", ora in fase di verifica ed approvazione, che sostituisce il precedente ed omonimo protocollo aziendale, recependo e contestualizzando le raccomandazioni regionali.
2. sono state individuate 6 unità operative "pilota" per l'implementazione delle linee di indirizzo RER:
 - 4 per l'area medica (Medicina A, Medicina B, Geriatria, Lungodegenza)
 - 2 per l'area chirurgica (Ortopedia, Urologia).
3. tramite i facilitatori di U.O. (afferenti alla rete "*patien safety link nurse*") è stato condotto un audit a tempo zero (T0), prima dell'implementazione della nuova procedura su 20 cartelle di ciascuna U.O. pilota. I criteri per il recupero della documentazione, così come la check list da utilizzare, sono gli stessi indicati a livello regionale.
4. si è provveduto al data entry attraverso il link comunicato e nei tempi indicati.

6.2 Governo della domanda e appropriatezza prescrittiva del farmaco

Governo dei tempi di attesa. In ordine al governo dei tempi di attesa l'AUSL di Imola ha posto nel corso degli anni numerosi interventi con azioni di aumento dell'offerta laddove necessario e misure organizzative volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

Nell'ambito della garanzia di accesso alle **prestazioni di specialistica ambulatoriale** (DGR 1056/2015 "Riduzione delle Liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie") l'AUSL di Imola, negli ultimi anni, ha assicurato una programmazione stabile dell'offerta specialistica, prevedendo rimodulazioni tempestive di recupero di offerta, ove si sono presentate criticità di organico.

In attuazione delle disposizioni regionali, è stato dato impulso al consolidamento delle prescrizioni e delle prenotazioni dei "controlli" da parte del medico specialista, senza rinvio del paziente al medico di medicina generale, prevedendo la relativa prenotazione da parte della struttura (UO/Ambulatorio). Si è inoltre intervenuti per perseguire e consolidare l'appropriatezza nella gestione delle Agende, con particolare riferimento alle Agende di "primo accesso", strutturate per specialità al fine di superare eventuali frammentazioni. Altri interventi di verifica dell'appropriatezza prescrittiva messi in campo hanno riguardato in particolare la diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari, secondo le condizioni di erogabilità definite a livello regionale.

In base a queste linee di intervento generali, le azioni operative hanno riguardato:

- a) Operazioni di efficientamento organizzativo interno.
- b) Acquisto da parte dell'Azienda di prestazioni da professionisti interni al di fuori del loro orario istituzionale (Similalp).
- c) Incremento dei contratti di fornitura con il privato accreditato.
- d) Incremento di attività di alcuni specialisti ambulatoriali convenzionati.
- e) Appropriatezza prescrittiva mediante controlli sui quesiti diagnostici resi maggiormente fruibili tramite il sistema informativo gestionale della Società CUP 2000.
- f) Separazione delle Agende tra il "primo accesso" e gli "accessi di controllo", anche in questo ambito con il supporto del sistema informativo gestionale della Società CUP 2000.
- g) Il Servizio di Recall automatico che 7 gg prima della data di effettuazione ricorda al cittadino l'appuntamento chiedendone contestualmente conferma o disdetta.
- h) L'apertura delle Agende senza soluzione di continuità.

Tutto il percorso e le azioni programmate sono costantemente presidiate da un team operativo multidisciplinare di controllo che assicura il monitoraggio delle misure previste nel Programma, individuando gli aggiustamenti progressivi laddove necessario, sia per gestire criticità di singole prestazioni con azioni di natura urgente, sia per definire, realizzare e coordinare gli interventi di tipo strutturale.

L'AUSL di Imola ha potenziato le azioni in campo in termini di ulteriore aumento dell'offerta interna e la ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato. E' stato in tal modo realizzato il miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni, che si è mantenuto costante negli esiti con indici di performance in linea con gli standard regionali previsti. Sono stati, inoltre, mantenuti gli interventi volti ad attuare l'obbligo di disdetta delle prenotazioni specialistiche ambulatoriali ai sensi della DGR 377/2016.

Nel 2018 l'AUSL di Imola ha continuato a garantire l'assetto organizzativo volto al mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche di primo accesso e urgenze differibili, entro i tempi di attesa standard ($\geq 90\%$), in riferimento pertanto all'indice di performance delle rilevazioni regionali ex ante (Fonte MAPS).

In merito alle azioni per favorire la disdetta in ambito di prenotazione, l'Azienda ha attuato il monitoraggio delle mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente. Nell'ambito della promozione alla prescrizione dei controlli da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente (DGR 377/2016), nel 2018 è stato avviato il monitoraggio delle visite di controllo effettuate

dal medico specialista sul totale delle prescrizioni di visite di controllo, dato rilevato anche su piattaforma InSiDER (IND0715) N. di prescrizioni effettuate dal medico specialista (differenza % rispetto all'anno precedente) - Visite di controllo. Inoltre è stato garantito il potenziamento e il monitoraggio dell'offerta di prestazioni prenotabili on line tramite CUP WEB regionale. In riferimento agli esiti specifici degli indicatori si rimanda al paragrafo 3.1 Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero.

Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia Romagna per l'anno 2018

Assistenza Farmaceutica. La spesa farmaceutica complessiva dell'AUSL di Imola registrata a consuntivo 2018 è rappresentata nella tabella seguente con il confronto rispetto all'esercizio 2017 e alla media regionale. La spesa complessiva (convenzionata + acquisto ospedaliero) registra un decremento del -0,7% rispetto al consuntivo 2017.

ASSISTENZA FARMACEUTICA (Fonte dati: Reportistica RER)	2017	2018	var % 2018 - 2017	var % Media RER 2018 - 2017
Farmaceutica convenzionata	€ 16.647.488	€ 15.864.915	-4,7%	-3,5%
Acquisto Ospedaliero (escluso ossigeno e farmaci innovativi)	€ 20.607.497	€ 21.130.695	1,5%	3,8%
TOTALE SPESA FARMACEUTICA	€ 37.254.985	€ 36.995.610	-0,7%	
Acquisto Ospedaliero	2017	2018	var % 2018 - 2017	var % Media RER 2018 - 2017
Totale Acquisto Ospedaliero	€ 20.607.497	€ 21.130.695	1,5%	3,8%
<i>di cui</i>				
Consumi interni e Diretta ex Osp 2	€ 12.495.792	€ 13.445.877	5,8%	4,5%
DD Fascia A	€ 8.111.705	€ 7.684.817	-5,3%	2,3%
Spesa Convenzionata netta pro capite pesata	2017	2018	var 2018 - 2017	var % 2018 - 2017
Spesa netta pro capite pesata	€ 123,91	€ 117,94	-€ 5,97	-4,8%
Media RER	€ 110,24	€ 106,23	-€ 4,01	-3,6%
Scostamento da media regionale	€ 13,67	€ 11,71		
Spesa Territoriale netta pro capite pesata (convenzionata + erogazione diretta fascia A)	2017	2018	var 2018 - 2017	var % 2018 - 2017
Spesa netta pro capite pesata	€ 184,28	€ 175,07	-€ 9,21	-5,0%
Media RER	€ 173,93	€ 171,34	-€ 2,59	-1,5%
Scostamento da media regionale	€ 10,35	€ 3,73		

Farmaceutica convenzionata. In relazione alla farmaceutica convenzionata l'obiettivo di riduzione assegnato dalla Regione all'AUSL di Imola per l'anno 2018 era pari al -2,5%; in sede di Bilancio Economico Preventivo 2018, l'AUSL di Imola si era posta l'obiettivo di riduzione del -4,8%, accompagnato da un sistema di azioni sul quale l'Azienda è stata impegnata e orientata nel corso dell'anno con particolare riferimento ai seguenti ambiti di intervento posti in essere:

- Incremento dell'erogazione diretta alla dimissione potenziata mediante il supporto di apposito spazio di dispensazione dedicato e ubicato presso il presidio ospedaliero, ma anche presso la Casa della Salute di Castel San Pietro.
- Incremento dell'erogazione diretta per presa in carico integrata di pazienti cronici con BPCO – Diabete – Glaucoma. Su progetti/procedure integrate tra specialisti e Medicina Generale, o tra specialisti ospedalieri

e distrettuali. La dispensazione dei medicinali in dimissione ambulatoriale avviene sia presso il presidio ospedaliero che presso le Case della Salute.

- Monitoraggio delle prescrizioni a livello di Nucleo di Cure Primarie (NCP) e di singolo Medico di Medicina Generale al fine di presidiare i fenomeni di iperprescrizione intesi come scostamento in termini di DDD e di spesa pro/capite rispetto alla media aziendale.
- Incontri stabili con i MMG per confronti e analisi congiunte sui dati di monitoraggio con particolare riferimento all'appropriatezza prescrittiva nelle categorie critiche quali: Inibitori di pompa protonica, Statine, Sartani, Ace Inibitori, Equivalenti.
- L'adozione del Piano Prescrittivo già adottato in AVEC specifico per i PPI a carico SSN in sede di dimissione, a cura degli specialisti aziendali ed il contestuale monitoraggio del trend (previsto in riduzione) del consumo interno ospedaliero dei PPI assegnato come obiettivo di budget pesato alle UU.OO ospedaliere.
- Il controllo di referti ambulatoriali e/o lettere di dimissione degli specialisti ospedalieri, finalizzato a valutazioni di appropriatezza prescrittiva (es. aderenza al Prontuario Regionale/AVEC ed incremento farmaci a brevetto scaduto) su un campione individuato, condotto da apposito team aziendale composto da Direzione Farmaceutica, Cure Primarie e Direzione Medica ospedaliera.
- Monitoraggio delle prescrizioni ospedaliere e territoriali, a cura degli specialisti, dei farmaci per la terapia del dolore maggiormente costo-opportuni.

Il consuntivo 2018 registra una riduzione rispetto all'esercizio 2017 del -4,7% pari a € -782.573 che si configura quale risultato migliorativo rispetto all'obiettivo regionale assegnato (-2,5%) e alla media regionale (-3,5%), ed in linea rispetto all'obiettivo che l'Azienda si era posta in sede di BEP 2018 (-4,8%).

Il positivo risultato consente di apprezzare la riduzione della spesa netta pro-capite pesata di € -5,97, rimanendo al contempo un ambito sul quale l'Azienda continuerà le azioni intraprese per il progressivo avvicinamento alla media regionale del costo pro capite netto.

In relazione alla spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci l'obiettivo assegnato dalla Regione per il 2018 prevedeva un incremento del +7,25% rispetto al 2017, al netto dell'ossigeno e dei farmaci innovativi (HCV e Oncologici + Ivacaftor per Fibrosi Cistica).

In sede di Bilancio Economico Preventivo 2018, l'AUSL di Imola ha previsto un incremento di spesa del +4,71% al netto dei farmaci innovativi e dell'ossigeno. Il consuntivo 2018 registrato dall'AUSL di Imola, al netto dei farmaci innovativi ed ossigeno, risulta pari al +1,5%, pari a € +523.198 rispetto al 2017, di cui:

- Consumi interni e diretta fasce H-C +5,8%.
- Erogazione Diretta di fascia A -5,3%.

Erogazione Diretta di Fascia A

Nell'ambito dell'erogazione diretta di fascia, la linea di erogazione per "pazienti presi in carico" registra una significativa variazione tra il 2018 e il 2017 in diminuzione per un valore pari a € -949.095 (-19,81%) derivante dall'inserimento in protocollo sperimentale di un paziente emofilico con sviluppo di inibitore ai fattori della coagulazione (e conseguente minore consumo di fattori della coagulazione a carico SSN), nonché alla riduzione dei prezzi di gara di molte molecole rinegoziate e/o a brevetto scaduto. Si riporta di

seguito il trend di spesa per l'erogazione di farmaci correlati a pazienti affetti da malattie rare ed il n.ro di pazienti presi in carico dal quale si può evincere il significativo assorbimento di spesa di tale ristretto ambito nella variazione di spesa complessiva ed una significativa incidenza del n.ro di pazienti in carico sul totale della popolazione residente. Ciò che era evidente dal flusso FED_2017 regionale RER (spesa dell'AUSL di Imola relativa alla modalità di erogazione "4 – Affetti da malattie rare" rappresentava il 5,6% del corrispondente totale regionale di € 44.025.855) si è normalizzato (spesa per le stesse patologie/molecole in terapia rappresenta nel FED 2018 il 3% del valore RER, corrispondente al peso della popolazione residente).

Malattie Rare - Patologie	2017		2018		Variazione 2018 - 2017	
	N.ro paz	Spesa annuale	N.ro paz	Spesa annuale	N.ro paz	Spesa
Malattia di Gaucher	2	€ 475.034	2	€ 482.344	0	€ 7.310
Emofilia (Fascia A)	11	€ 1.722.656	12	€ 753.610	1	-€ 969.046
Immunodeficienza primaria Ig	2	€ 34.213	2	€ 48.861	0	€ 14.648
Fibrosi cistica	3	€ 335.996	4	€ 383.769	1	€ 47.773
TOTALE		€ 2.567.899		€ 1.668.584		

La linea di erogazione diretta di fascia A "in dimissione" rileva una variazione tra il 2018 ed il 2017 di € +292.357 (+18,34%) correlata al potenziamento dell'attività mediante un punto aggiuntivo di distribuzione dedicato ubicato presso il presidio ospedaliero e alle azioni dei dipartimenti ospedalieri.

La linea di erogazione diretta di fascia A "in distribuzione per conto" registra un incremento di € +197.853 (+13,64%), con obiettivi regionali raggiunti, in merito alla DPC, sia per numero di pezzi DPC, che come numero di pezzi di rientro di medicinali del PHT in convenzionata. Mentre l'erogazione presso le "strutture residenziali" presenta un incremento di € +31.998 (+11,62%) dovuto principalmente all'incremento di erogazione diretta c/o le Case della Salute di farmaci per presa in carico integrata di pazienti cronici (BPCO in particolare).

Consumi interni e diretta fasce H-C

I consumi interni, al netto dei farmaci innovativi, e l'erogazione diretta fasce H-C, registrano complessivamente un incremento del +5,8% pari a € +950.085, di cui +4,2% è l'incremento dei consumi interni e +7,7% è l'aumento di erogazione diretta fasce H-C.

Nell'ambito dei consumi interni incide in maniera significativa la spesa dei Vaccini, in applicazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, il cui valore incrementa del +28,78% pari a € +388.196 (valori al netto delle rimanenze). Si registra, un lieve incremento dei consumi dei reparti ospedalieri per farmaci antibiotici sistemici, pari a € +16.768 (+3,8%).

Farmaci Innovativi

Si riporta in tabella l'andamento dei farmaci innovativi oncologici e per HCV, la cui spesa è stata coperta da appositi finanziamenti regionali, al netto dei rimborsi per *pay-back* di competenza 2018.

La spesa per i farmaci innovativi oncologici ha registrato a consuntivo 2018 un incremento di € +525.125 rispetto al Preventivo 2018 in parte correlato all'incremento dell'attività in termini di n.ro di trattamenti chemioterapici (+236) pari al +6,43%.

Farmaci Innovativi	Consuntivo 2017			Consuntivo 2018		
	HCV	Oncologici	TOTALE	HCV	Oncologici	TOTALE
Fonte dati: report RER						
Consumo lordo	€ 1.176.218	€ 985.307	€ 2.161.525	€ 692.613	€ 1.857.745	€ 2.550.358
Note di credito	€ 698.713	-	€ 698.713	€ 121.156	-	
Finanziamento RER	€ 477.505	€ 962.524	€ 1.440.029	€ 577.278	€ 1.852.044	€ 2.429.322

Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

Si illustra di seguito l'analisi degli obiettivi, di cui alla DGR 919/2018, rispetto ai quali è stato fornito uno specifico impegno per un uso appropriato delle classi di farmaci. In particolare:

Contenimento del consumo territoriale dei **farmaci inibitori della pompa protonica**, fino ad un valore giornaliero non superiore a 48 DDD ogni 1000 abitanti e riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno, al netto della mobilità sanitaria. Il consumo giornaliero di farmaci Inibitori di Pompa Protonica per 1.000 residenti, di cui all'indicatore sulla Piattaforma InSIDER (IND0695), registra per l'AUSL di Imola un valore 2018 pari a 49,04 DDD per 1.000 abitanti. Si mantiene un trend di miglioramento rispetto agli anni precedenti. Contestualmente, la riduzione percentuale dei consumi ospedalieri 2018/2017, calcolati in DDD/100 gg di degenza è ancor più migliorata, registrando una diminuzione del -20,26% pari a -19,68 DDD*100gg di degenza.

Promozione uso appropriato delle risorse nella terapia topica della **BPCO** nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti. Attivazione di un percorso che consenta un'accurata diagnosi e il rispetto delle scelte terapeutiche più appropriate, associato a meccanismi di acquisto e distribuzione che consentano per ogni classe terapeutica di utilizzare il prodotto col miglior rapporto costo/beneficio. Tale percorso dovrà coinvolgere a livello locale reti multidisciplinari di professionisti (specialisti, MMG e farmacia di comunità). Tali medicinali, se prescritti all'interno del progetto aziendale di presa in carico integrata (specialisti/MMG) elaborato nel 2017, sono previsti in Erogazione Diretta Aziendale sia presso il presidio ospedaliero sia presso altri poli di Erogazione Diretta nel territorio. Il filtro di valutazione/validazione della presenza dei requisiti minimi prescrittivi (compreso il rapporto FEV1/FEV) è effettuato dal farmacista dispensatore.

Ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine (ad alta, a moderata e a bassa intensità d'azione in funzione della necessità clinica), associate o meno all'ezetimibe, in prevenzione primaria e secondaria e in relazione al target da raggiungere, anche al fine di identificare i soggetti che necessitano del trattamento con i **nuovi anticorpi monoclonali ipolipemizzanti**, in adesione alle indicazioni regionali sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione cardiovascolare (Doc. PTR 301, Documento regionale di indirizzo sul ruolo di alirocumab ed evolocumab nella prevenzione cardiovascolare - maggio 2017). Le Raccomandazioni regionali in merito, uscite a maggio 2017, sono state recepite a livello aziendale da un gruppo di Lavoro multiprofessionale (clinici nefrologi, cardiologi, diabetologi, MMG, farmacisti, medici del Dipartimento di Cure Primarie, ecc.). A fronte di incremento delle DDD per abitante pesato delle statine, più elevato della media regionale, occorre considerare che la prescrizione dei nuovi anticorpi monoclonali ipolipemizzanti (evolocumab ed alirocumab) registra nel 2018 un consumo pesato più basso della media RER

(fonte dettaglio TER_12 mesi) e rappresenta solo il 1,83% sul totale RER (rispetto al perso del 3% di Imola della popolazione residente).

Adesione alle raccomandazioni formulate a livello regionale sui **farmaci incretinomimetici e gliflozine** nei pazienti affetti da diabete di tipo 2 e il rispetto del tasso di utilizzo atteso secondo le indicazioni contenute nel Documento del Prontuario terapeutico regionale n. PTR 173 e suoi aggiornamenti, tenendo in particolare considerazione i farmaci che hanno dimostrato di ridurre il rischio cardiovascolare in pazienti diabetici. Negli anni passati l'AUSL di Imola ha sempre raggiunto gli obiettivi relativi al tasso di utilizzo atteso per i farmaci, di prima scelta o innovativi (incretine, gliflozine, ecc.) per il diabete di tipo 2. Nel 2018 l'indicatore InSIDER IND0335 "% di utilizzo dei farmaci incretinomimetici in pazienti con diabete con trattamento in monoterapia con metformina che aggiungono un secondo farmaco orale" risulta raggiunto, ovvero uno dei migliori a livello regionale, insieme alle AUSL di Modena ed alla Romagna. La % di utilizzo di gliflozine (ipoglicemizzanti a ridotto rischio cardiovascolare) in pazienti che aggiungono un secondo farmaco alla metformina è oltre la media RER, anche se quasi sovrapponibile al 2017, anziché in incremento ulteriore.

Contenimento spesa per i nuovi anticoagulanti orali (**NAO**) prescritti a pazienti di nuova diagnosi o in seguito a switch in modo tale da non superare la quota derivante dalla riduzione dei prezzi in vigore da 1.1.2018, ripartita in modo equo tra le singole realtà provinciali. La prescrizione dovrà considerare, nella scelta del farmaco, anche il rapporto costo/opportunità, nel rispetto delle raccomandazioni nei documenti regionali Doc PTR 182 - Documento regionale di indirizzo sul ruolo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella prevenzione del cardioembolismo nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare e Doc PTR 303 - I nuovi anticoagulanti orali (NAO) nel trattamento del tromboembolismo venoso e nella prevenzione delle recidive.

Indicatore: Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK) - Target: 2,2 pazienti su 1.000 residenti (+/- 0,5%). L'incidenza pazienti NAO non è stata contenuta entro i limiti (4,7 - fonte AFT a 11 mesi), ma la prevalenza totale dei pazienti trattati con NAO rispetto al totale dei pazienti con anticoagulanti orali (vedi indicatore SIVER corrispondente) risulta comunque per Imola (42,55% vs media RER 48,25%) la più bassa di tutte le Aziende regionali nel 2018, come nel 2017.

In merito allo shift da AVK a NAO, si ribadisce quanto segnalato negli anni passati: l'AUSL di Imola non si è mai portata a regime, per la particolare organizzazione aziendale che non consente ai prescrittori del centro autorizzato per i NAO, di conoscere i dati di TTR/Controlli in range (previsti dalle LG regionali) dei pazienti in AVK. Anche per quanto riguarda l'incidenza NAO per scelta del farmaco più costo opportuno, Imola risulta nel 2018 la più virtuosa (insieme alla Romagna) con il 51% di Rivaroxaban vs il 38% della media RER.

In relazione al farmaco **sacubitril+valsartan** per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica, la prescrizione dovrà avvenire da parte degli specialisti dei centri autorizzati, attraverso la compilazione del piano terapeutico AIFA. Nelle more dell'informatizzazione di tale piano, il prescrittore dovrà anticipare la registrazione della scheda anagrafica sulla piattaforma web di AIFA ricavandone il codice identificativo univoco del paziente; al momento della distribuzione del farmaco, dovrà essere presentato il piano terapeutico cartaceo contenente il codice identificativo del paziente e verificata l'eleggibilità al trattamento. I dati raccolti in modalità cartacea dovranno essere successivamente inseriti nella piattaforma AIFA quando attivata. Dovranno essere inoltre avviati specifici progetti locali di audit clinico nell'ambito delle U.O.

coinvolte nella prescrizione. Nel 2017 solo 3 pazienti erano stati trattati: tutti arruolati da Centri Autorizzati di Bologna. Nessuno con prescrizioni da Centro Autorizzato aziendale. I requisiti prescrittivi sono tutti stati verificati all'atto della dispensazione in esclusiva erogazione diretta aziendale. Nel 2018 sono stati arruolati 16 pazienti, di cui solo 6 in carico al CA aziendale, 9 a cura di AO-BO e 1 a cura AO-FE. Il consumo in DDD*10.000 ab. pesati (0,56) è il più contenuto di tutte le aziende RER (media 1,41), così pure la spesa corrispondente per 100 ab. pesati (9 € vs 21,62 € media RER).

Contenimento del consumo complessivo degli **antibiotici sistemici** attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci, con specifica attenzione all'eccessivo ricorso ai fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico e, in particolare all'uso inappropriato di questi antibiotici in ambito territoriale per il trattamento delle infezioni non complicate delle basse vie urinarie nella fascia di popolazione donne di età 20-59 anni. Per quanto riguarda l'uso ospedaliero degli antibiotici risulta importante implementare nuove attività di antimicrobial stewardship e promuovere quelle già in essere al fine di favorire l'uso appropriato di questi farmaci e contenere la diffusione delle resistenze batteriche. Consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1.000 residenti (Fonte: InSIDER) - Target: AUSL valore 2017 ≥ 16 DDD/1000 residenti: < 16 DDD/1000 AUSL valore 2017 < 16 DDD/1000 residenti: ≤ 16 DDD/1000

Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti (Fonte: InSIDER) - Target: AUSL valore 2017 $\geq 1,4$ DDD/1000 residenti: $< 1,4$ DDD/1000 AUSL valore 2017 $< 1,4$ DDD/1000 residenti: $\geq 1,4$ DDD/1000.

Il consumo territoriale 2018 (convenzionata ed erogazione diretta) di antibiotici sistemici è in lieve incremento vs il 2017 come mostra la piattaforma InSIDER all'indicatore corrispondente (IND0340): da 17,23 a 17,59*1.000 ab. pes. vs 17,18 della media regionale. Mentre il consumo ospedaliero è diminuito del 5,4% circa (da 80,5 DDD/100 gg. deg. nel 2017 a 76,14 nel 2018).

Il consumo territoriale pesato di fluorochinoloni a livello territoriale è stato lievemente ridotto (da 1,87 DDD*1.000 ab del 2017 a 1,78 nel 2018 – indicatore InSIDER IND0341). Anche quello ospedaliero è diminuito dell'8% circa (da 10,6 a 9,8 DDD/100 gg. deg.).

Il consumo territoriale si riduce anche nella sottopopolazione specifica delle donne di età 20-59 anni per (DDD*1.000 residenti): da 1,37 del 2017 a 1,28 del 2018 (poco lontano dalla media RER di 1,24) raggiungendo il target previsto.

Il tasso territoriale di prescrizione di antibiotici sistemici è diminuito anche nella fascia di popolazione pediatrica (<14 anni) come previsto dagli obiettivi regionali (InSIDER IND0343) da 822,2 x 1.000 residenti nel 2017 a 809,5 nel 2017. In tale popolazione è appropriatamente incrementato anche il rapporto tra amoxicillina non associata e amoxicillina associata a inibitori.

La promozione dell'uso appropriato dei farmaci viene svolta dal Nucleo operativo URA (Uso Responsabile Antibiotici) aziendale. Il consumo degli antibiotici sistemici viene periodicamente monitorato sia a livello ospedaliero che territoriale e discusso periodicamente con i prescrittori. Vengono contestualmente portati all'attenzione dei prescrittori, sia i dati di resistenze microbiologiche locali correlati a consumo, confrontati con il medesimo contesto regionale, nazionale ed europeo, sia la costante evoluzione delle LG in merito a trattamento e profilassi.

Adesione alle raccomandazioni regionali sui **farmaci oncologici** adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate nel gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente anche del rapporto costo/opportunità. L'obiettivo di adesione alle raccomandazioni GReFO costituisce obiettivo perseguito a livello aziendale. Per quanto riguarda le terapie orali ad alto costo si richiama il continuo monitoraggio periodico degli Inibitori delle protein-chinasi, come strumento di governo dell'appropriatezza prescrittiva del Centro oncologico aziendale. Dal monitoraggio 2018 emerge che l'ONCO-IM ha in carico il 56% dei pazienti in terapia con tali farmaci e la spesa corrispondente generata è parimenti del 56%. Così come il costo medio/pz/anno è sovrapponibile a quello medio aziendale per tutti i pazienti residenti in carico come erogazione diretta.

Adottare modelli organizzativi comuni e soluzioni condivise mirate ad ottimizzare gli **allestimenti delle terapie antitumorali** – esempio con la programmazione di giorni di drug day, drug month, dose banding (aggiustamento della dose) – al fine di contenere le quote di scarto di produzione dei farmaci ad alto costo.

Attuato fin dal 2015, attraverso tramite convenzione con ASL-BO (rete dei laboratori UFA), sia per gli allestimenti oncologici, urologici, oculistici e ginecologici (estemporanei).

Adesione all'impiego dei **farmaci biologici**, in presenza di un biosimilare nella classe, secondo il seguente obiettivo: **Epoetine**, impiego del biosimilare per il 90% del consumo complessivo delle epoetine

L'indicatore InSIDER (IND370) corrispondente all'epoetina riporta un esito, per l'AUSL di Imola, un poco superiore al 68% di utilizzo di biosimilare vs originator 32%, calcolato attribuendo anche il consumo di quanto erogato da altre aziende ai pazienti imolesi. Ma come si evince dal monitoraggio anno 2018 (pubblicato in Intranet) che riporta l'originator e biosimilare della sola ED a pazienti residenti con prescrizioni originate da prescrittori di CA extra-AUSL Imola, il contributo poco virtuoso di questi (solo il 48% di biosimilare prescritto non sostituibile in ED, ai sensi delle norme AIFA vigenti) contribuisce a peggiorare un esito che, in base a quanto prescritto da Centri locali, sarebbe stato non troppo lontano dall'obiettivo previsto dalla DGR 919/2018 (82% vs 90%).

Adesione all'impiego dei farmaci biologici, in presenza di un biosimilare nella classe, secondo il seguente obiettivo: **Ormone della crescita**, la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in accordo quadro, che riguarda l'80% del fabbisogno. Per i casi incidenti entro il 2018, per i casi prevalenti entro il termine di validità della gara stessa.

Indicatore InSIDER (IND IND0369) relativo all'ormone della crescita (% di consumo GH biosimilare sul totale GH sia in ambito pediatrico che adulto) riporta per l'AUSL di Imola la miglior performance: 64% vs media RER del 45,14. Poiché l'adozione della nuova gara è avvenuta in corso d'anno 2018, sarà possibile solo nel 2019 valutare l'adesione su 12 mesi.

Adesione all'impiego dei **farmaci biologici**, in presenza di un biosimilare nella classe, secondo il seguente obiettivo: **Anti alfa**:

- per **infiximab** la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in accordo quadro e per le quote di fabbisogno previsto;

- per **etanercept** la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in concorrenza, che riguarda il 60% del fabbisogno. Per i casi incidenti entro il 2018, per i casi prevalenti entro il termine di validità della gara stessa;

- per **follitropina**, il 60% del consumo totale della molecola dovrà essere rappresentato da farmaco meno costoso;

- per **rituximab** endovena la prescrizione, per tutte le indicazioni registrate e gli eventuali ulteriori ambiti stabiliti da AIFA, dovrà essere nel rispetto dei risultati della gara di acquisto

Tutti i pazienti in terapia endovenosa con Infliximab c/o la Reumatologia di Imola, sono stati trattati nel 2018 con il biosimilare (vedi indicatore SIVER 2018 corrispondente che riporta percentuale d'uso del biosimilare del 100%). Etanercept: (indicatore InSIDER IND0658 corrispondente 2018) l'Azienda è con la miglior performance: 56,32% di consumo di biosimilare vs 26,55% della media RER. Si consideri che la maggior parte di originator viene prescritto da centri extra-ASL a pazienti residenti. Ciò concorre, come detto per l'epoetina, al peggioramento della performance aziendale che, nonostante ciò, è la più virtuosa in regione.

Follitropina: il consumo (111 PAZIENTI NEL 2018) è indotto esclusivamente da Centri extra-aziendali anche extra-RER che non sono riconducibili al governo aziendale

Rituximab: % consumo biosimilare endovena (indicatore SIVER relativo) è passato dal 33,3% a 9 mesi 2018 al 45,2% a 12 mesi 2018. Si garantisce massima attenzione nel 2019 al miglioramento della performance oltre alla riduzione/shift di pazienti in terapia sottocutanea al biosimilare ev.

Aumentare il ricorso alle quattro **insuline** basali disponibili con il migliore costo/beneficio: impiego insuline basali meno costose dovrà raggiungere almeno il 75% dei trattamenti complessivi con tali farmaci. La % di insuline basali a minor costo (indicatore InSIDER IND0731 corrispondente) nel 2018 (48,97%) è sovrapponibile a quella del 2017 (49,18%).

Terapia con farmaci **antiretrovirali**.

- mantenimento livelli di viremia <40copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% di fallimenti virologici/anno)

- aumento del 10% del ricorso al farmaco generico nel trattamento HIV in seconda linea (indicatore: n° piani terapeutici con farmaco generico in seconda linea/totale piani terapeutici in seconda linea dell'ambito considerato) rispetto all'anno precedente.

Già nel 2016 la CF-AVEC aveva messo a punto un documento condiviso con gli infettivologi responsabili degli ambulatori HIV, farmacologi e farmacisti delle aziende di AVEC che definiva approcci prescrittivi uniformi e coerenti alle LG ministeriali, e definiva anche il costo/terapia dei singoli trattamenti suddivisi per linea di terapia (stadiazione e gravità). Il documento era stato inviato in regione, così come richiesto dalle LP-RER 2016. Nel 2017, il documento è stato ripreso per un doveroso aggiornamento, alla luce sia delle nuove LG ministeriali (Istituto Superiore di Sanità) di trattamento dell'HIV pubblicate a dicembre 2016, sia dei costi aggiornati dei nuovi e vecchi regimi terapeutici previsti e vigenti nel 2018.

Per i farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica per l'anno 2018 la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale e pubblicati nell'aggiornamento più recente del Prontuario regionale. Tra gli schemi terapeutici disponibili, quelli che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità. Tutti i dati sono costantemente monitorati dalla Regione, poiché prescrizioni e dispensazioni sono doverosamente registrate nella Piattaforma regionale.

Tra i farmaci antiVEGF per uso intravitale, compresi quelli che hanno indicazioni inserite nella legge 648/96, utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza presentano il minore costo per terapia, allineando la prescrizione alla media regionale. La spesa aziendale totale 2018 per farmaci antiVEGF+ cortisonici intravitreali è stata di € 9.666, ridotta del 47,7% rispetto al 2017 (la riduzione media regionale è stata di - 0,4%). La diminuzione % di spesa della AUSL di Imola è stata la più elevata tra le aziende sanitarie della regione (fonte dati flusso AFO). I pazienti incidenti 2018 con DMLE sono stati trattati al 100% con bevacizumab (rispetto a media RER del 64%).

Adesione alle decisioni del gruppo di lavoro regionale "Appropriatezza terapeutica in emofilia e malattie emorragiche congenite ed acquisite" sull'uso dei fattori VIII e IX ricombinanti della coagulazione sia nella profilassi dei sanguinamenti (nei nuovi pazienti o soggetti già in trattamento che debbono essere sottoposti a swith prescrittivo quando clinicamente indicato) sia nell'uso "on demand". Non sono presenti in Imola Centri Autorizzati alla prescrizione dei fattori della coagulazione per EMOFILIA A e B. La spesa totale 2018 dei fattori della coagulazione (fascia A, C e H) è diminuita vs il 2017 da 1.722.000 € circa a 781.000 € circa (per i motivi di cui al commento a ED fascia A pe Malattie RARE).

Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale sui farmaci neurologici (farmaci per il morbo di Parkinson e per la sclerosi multipla), utilizzando gli indicatori definiti nei relativi documenti regionali e loro aggiornamenti (Doc PTR n. 239 e 271). L'applicazione costante delle raccomandazioni è garantite dalla Neurologia aziendale Le prescrizioni sono verificate costantemente in corso di dispensazione in erogazione diretta aziendale. Il costo ed i pazienti in carico per biologici immunosoppressori dell'area neurologica sono monitorati periodicamente; il costo medio/pz/anno della neuro aziendale è inferiore a quello dei centri extra-Imola.

Partecipare al monitoraggio dell'impiego dei farmaci (percorso prescrittivo/erogativo) per i quali esistono alternative in preparazioni farmaceutiche allestite localmente, anche destinate alla cura di malattie rare, compilando adeguatamente il flusso informativo FED nel caso di erogazione di preparati galenici o magistrali. Il flusso FED tutto è stato compilato adeguatamente nel 2018.

7. Area dell'organizzazione

7.1 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, supporto e logistici

In attuazione degli indirizzi regionali e delle politiche di integrazione di funzioni e servizi sovra aziendali, che hanno riguardato in particolare la gestione unificata dei Servizi amministrativi e della Logistica in sede di Area Metropolitana e di Area Vasta, nel corso del 2018 l'AUSL di Imola ha proseguito nello sviluppo dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, di supporto e logistici a livello di Area metropolitana e AVEC. Il personale dell'Azienda ha garantito la partecipazione, secondo le rispettive competenze, ai gruppi di lavoro coordinati a livello di Area vasta e Regionale collaborando alla definizione delle soluzioni organizzative e dando il necessario supporto alle Direzioni Aziendali in ordine alle decisioni strategiche adottate.

Gli ambiti di lavoro e i progetti sviluppati vengono di seguito illustrati in relazione agli specifici obiettivi di cui alla DGR 919/2018.

Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile

Nell'ambito di una migliore gestione economica - finanziaria l'Azienda di Imola è stata tra le prime aziende, a livello regionale, a partire con l'implementazione del nuovo sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC). Nel corso del 2018 sono state ultimate le attività propedeutiche di impianto e di formazione del personale e con il 1.1.2019 è partita la gestione con il nuovo applicativo GAAC.

In particolare, l'Azienda ha garantito la partecipazione ai gruppi di lavoro regionali nei quali è stata inserita, ha fornito al gruppo di coordinamento regionali i dati necessari alla trascodifica e al Piano delle migrazioni ai fini dell'impianto del nuovo sistema. In vista del passaggio al nuovo applicativo, l'AUSL di Imola (prot. 20321 del 22.6.2018 e prot. 23925 del 26.7.2018) ha nominato il nucleo di Project Management per la funzione di coordinamento complessivo del progetto a livello aziendale ed ha costituito il Gruppo aziendale dei Key User, costituito da componenti di tutte le aree coinvolte nell'implementazione del sistema, sia di ambito amministrativo che sanitario, al fine di facilitare l'avviamento sul campo e le interfacce tra coordinamento aziendale e Operatori.

Fatturazione Elettronica. A partire dal 1° gennaio 2018 le fatture elettroniche emesse nei confronti degli enti del SSN relative ad acquisti di prodotti farmaceutici devono riportare le informazioni relative al Codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) e al corrispondente quantitativo di cui al comma 2 dell'art. 29 del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla Legge 21 giugno 2017, n. 96. L'AUSL di Imola nell'ottemperare alle nuove disposizioni ha istituito idonei strumenti di controllo sia informatici che procedurali finalizzati all'applicazione del dettato normativo al fine di impedire il pagamento dei corrispettivi indicati nelle fatture nell'ipotesi in cui all'interno delle medesime non siano riportate le succitate indicazioni. In merito all'applicazione della Legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Finanziaria 2018) che prevede ai commi da 411 a 415 dell'art.1 disposizioni finalizzate a consentire un monitoraggio completo dell'intero ciclo degli acquisti, l'AUSL ha assicurato la collaborazione con IntercentER per gestire il processo

di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi in applicazione della DGR n. 287/2015, oltre a garantire una corretta implementazione del nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile. La AUSL di Imola provvede già da anni all'emissione di ordini di acquisto sia per i beni che per i servizi. Con riferimento alle procedure PAC adottate dall'AUSL di Imola, in applicazione della DGR 1562/2017, relative all'Area Debiti – Costi, l'AUSL provvede all'emissione dell'ordine prima del ricevimento della merce. Nel caso delle prestazioni di servizi qualora risulti impossibile definire a priori l'esatta quantità e qualità del servizio necessario, viene effettuato un ordine presunto di spesa, integrato/rettificato alla fine del periodo di riferimento sulla base degli effettivi consumi.

La gestione dei servizi è informatizzata ai fini di garantire l'integrazione tra i vari sistemi di gestione ordini, contratti, budget, contabilità generale e contabilità analitica, al fine di consentire:

- il controllo del rispetto dei limiti contrattuali;
- il controllo del rispetto dei budget assegnati;
- la verifica che le richieste di emissioni ordini siano state soddisfatte;
- il monitoraggio dell'andamento della spesa.

Qualora, per alcune particolari tipologie di servizi, l'emissione dell'ordine preventivo non sia stata possibile l'AUSL ha comunque provveduto ad impegnare un budget che consentisse i controlli suddetti.

Dematerializzazione ciclo degli acquisti. In conformità alle disposizioni in ordine all'emissione, trasmissione, conservazione e archiviazione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi in forma elettronica, l'Azienda ha provveduto a promuovere azioni tese a favorire l'emissione degli ordini in formato elettronico in modalità integrata attraverso il sistema regionale NoTIER (Nodo Telematico di Interscambio Emilia – Romagna). Nel 2018 si registra un aumento degli ordini inviati tramite NoTIER.

Anche per quanto riguarda il sistema di monitoraggio della spesa delle Amministrazioni Pubbliche, tra cui rientrano gli Enti del SSN, l'Azienda ha assolto gli obblighi informativi verso le Amministrazioni centrali in ordine ai pagamenti effettuati attraverso le piattaforme indicate.

Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno il 82% del totale degli acquisti di beni e servizi. Nell'anno 2018 il livello di performance ottenuto dall'AUSL di Imola in ordine alla centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) è stato pari al 86,14% del totale degli acquisti di beni e servizi.

Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2018 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2018 per le medesime categorie. Il totale degli importi dei contratti nell'anno 2018 relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati con convenzioni Intercent-ER risulta pari a:

- Farmaci 90% di adesione;
- Antisettici 70% di adesione in quanto n. 12 lotti non sono stati aggiudicati e pertanto il Servizio Acquisti Metropolitano ha predisposto, anche per l'AUSL di Imola, una proroga dei contratti in attesa dell'aggiudicazione di tali lotti.

Per Energia Elettrica e Gas è stata effettuata un'adesione al 100% alle convenzioni Intercent-ER nel 2017.

Utilizzo della piattaforma SATER per la gestione informatizzata di tutte le procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario. Dall'anno 2013 l'AUSL di Imola ha delegato al Servizio Acquisti Metropolitan (SAM) l'espletamento di procedure di gara del valore superiore ad € 40.000,00, pertanto non ha applicato l'informatizzazione delle procedure prevista per gli acquisti di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario.

Indizione di almeno 30 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.). Nel 2018 sono state effettuate n. 55 richieste di offerta utilizzando il mercato elettronico della Regione Emilia Romagna Intercent-ER.

Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015 nel 100% dei contratti di beni e servizi stipulati. In tutte le richieste di offerta e nei contratti è stata inserita la clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015.

Almeno il 50% degli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER. Nel 2018 sono stati inviati, tramite la piattaforma NoTI-ER, ordini di beni gestiti a Magazzino Economale e Magazzino Farmaceutico per circa il 20,84% sul totale degli ordini emessi.

Il Governo delle risorse umane

Nel 2018 è proseguito il lavoro di integrazione a livello metropolitano della Gestione Risorse Umane nel SUMAP (Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Personale), che ha visto dal 1.1.2017 la partenza della gestione tramite il Software GRU – Gestione Risorse Umane.

Gli interventi hanno, in particolare, riguardato lo sviluppo di linee di azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche a livello centralizzato in Area metropolitana. Particolare è stato l'impegno al rispetto delle disposizioni della Legge 161/2014, che ha visto il coinvolgimento di tutti i responsabili di struttura nella gestione della risorsa umana e razionale contenimento della spesa di tale fattore produttivo, in ottemperanza delle predette norme.

Nel corso del 2018 il personale amministrativo dell'UO Risorse Umane e dell'U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete è stato impegnato nella prosecuzione delle attività di supporto al progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU). In particolare, nella messa a punto delle modalità operative per la gestione informatizzata si è proceduto nella condivisione di alcuni criteri omogenei di interpretazione normativa degli istituti giuridici del personale, nella verifica dell'omogeneità degli assoggettamenti previdenziali e nella implementazione del sistema che ha consentito, come stabilito, di passare alla procedura GRU rispettando le scadenze individuate nel crono programma.

Programma regionale gestione diretta dei sinistri

L'Azienda ha proseguito nella gestione diretta dei sinistri secondo gli indirizzi e le modalità di cui alle deliberazioni del DG n. 123/2014 e n. 165/2014. In ordine all'indicatore relativo alla presentazione alla RER, entro il 30 giugno 2018, del piano aziendale di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al programma

regionale, con evidenza di quelli per i quali è in corso una vertenza giudiziale, si precisa che il Piano in questione, con il dettaglio richiesto, è stato inviato alla RER con nota prot. 20844 del 28.6.2018. Relativamente all'indicatore "Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti nell'anno con valutazione medico legale e determinazione del Comitato Valutazione Sinistri entro 31.12" con target uguale o superiore alla media regionale, si fa riferimento alla reportistica consolidata pubblicata dalla RER – Banca dati gestioni sinistri. La tabella che segue riporta la percentuale di sinistri con valutazione medico legale e con determinazione del CVS.

Azienda ed Anno di Apertura pratica		Totale Sinistri	di cui con Valutazione Medico-Legale		di cui con Valutazione Medico-Legale e Data determinazione CVS	
		Num.	Num(A)	% sul totale sinistri	Num(B)	%(B/A)
omissis	2016	55	55	100,00%	54	98,2%
	2017	68	64	94,1%	63	98,4%
	2018	71	69	97,2%	51	73,9%
omissis	2016	35	33	94,3%	30	90,9%
	2017	37	33	89,2%	27	81,8%
	2018	45	40	88,9%	21	52,5%
omissis	2016	62	50	80,6%	46	92,0%
	2017	78	55	70,5%	49	89,1%
	2018	131	94	71,8%	91	96,8%
omissis	2016	122	98	80,3%	89	90,8%
	2017	76	54	71,1%	53	98,1%
	2018	82	38	46,3%	37	97,4%
omissis	2016	202	167	82,7%	136	81,4%
	2017	122	114	93,4%	95	83,3%
	2018	111	74	66,7%	47	63,5%
AZIENDA USL DI IMOLA	2016	42	41	97,6%	40	97,6%
	2017	35	31	88,6%	30	96,8%
	2018	37	21	56,8%	21	100,00%
omissis	2016	7	4	57,1%	2	50,0%
	2017	11	8	72,7%	5	62,5%
	2018	10	2	20,0%	2	100,00%
omissis	2016	65	56	86,2%	51	91,1%
	2017	57	51	89,5%	29	56,9%
	2018	42	32	76,2%	21	65,6%
omissis	2016	306	244	79,7%	174	71,3%
	2017	255	209	82,0%	142	67,9%
	2018	270	203	75,2%	187	92,1%
omissis	2016	107	82	76,6%	80	97,6%
	2017	100	74	74,0%	68	91,9%
	2018	97	17	17,5%	15	88,2%
omissis	2016	77	68	88,3%	51	75,0%
	2017	59	55	93,2%	36	65,5%
	2018	27	15	55,6%	15	100,00%
omissis	2016	75	22	29,3%	21	95,5%
	2017	88	8	9,1%	8	100,00%
	2018	106	0	0,0%	0	-
omissis	2016	115	80	69,6%	75	93,8%
	2017	96	94	97,9%	81	86,2%
	2018	100	65	65,0%	61	93,8%
omissis	2016	66	65	98,5%	52	80,0%
	2017	66	65	98,5%	46	70,8%
	2018	52	38	73,1%	20	52,6%
omissis	2016	87	61	70,1%	44	72,1%
	2017	91	49	53,8%	46	93,9%
	2018	91	51	56,0%	49	96,1%
Totale Regionale	2016	1,423	1,126	79,1%	945	83,9%
	2017	1,239	964	77,8%	778	80,7%
	2018	1,272	759	59,7%	638	84,1%

Con riferimento all'indicatore "Grado di completezza del database regionale; target 100% dei casi aperti nell'anno entro il 31 gennaio dell'anno successivo", si precisa che sono stati registrati nel DB regionale nei tempi previsti tutti i sinistri aperti nel 2018. Si precisa inoltre con riferimento al richiamo relativo

all'attuazione di quanto stabilito nel documento approvato dalla RER con Determinazione dirigenziale 4955 del 10.4.2014, che questa azienda ha trasmesso semestralmente, con note prot. n. 19922 del 19.06.2018 e prot. n. 40209 del 27.12.2018 informazioni aggiornate in merito ai sinistri valutati potenzialmente sopra soglia. In ultimo, con riferimento al richiamo che le Aziende adottino e/o adeguino le procedure interne di gestione dei sinistri indicando tempi certi per ogni fase di gestione e inoltre le adeguino ai nuovi adempimenti prescritti dalla L.24/2017 (con riserva da parte della RER di aggiornare le indicazioni già date con nota del 20 aprile 2017), si precisa che l'Azienda ha ottemperato con deliberazione n. 281 del 24.12.2018.

7.2 Sviluppo infrastruttura ICT a supporto della semplificazione e miglioramento accessibilità ai servizi

Piattaforme logistiche ed informatiche più forti

Il potenziamento delle piattaforme logistiche ed informatiche rientra tra gli obiettivi considerati prioritari per garantire un servizio sanitario di qualità e in continua evoluzione.

Information Communication Technology (ICT)

Implementazione sistema unico regionale gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC). % avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. Target: 100%. L'AUSL di Imola ha garantito il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo e il massimo supporto professionale necessario ed è una delle tre aziende RER partite con il SW GAAC la 01/01/2019.

Implementazione sistema unico regionale gestione informatizzata dell'area gestione risorse umane (GRU). % avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. Target: 100%. L'AUSL di Imola ha garantito il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo e il pieno supporto professionale necessario.

Fascicolo Sanitario. % adeguamento dei software aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale. Target: 100%. L'AUSL di Imola oltre ai documenti che erano già disponibili (Referti Laboratorio Analisi, Radiologia inclusa Immagini, Pronto Soccorso e specialistica ambulatoriale e Lettere di dimissioni, Certificati Vaccinali), nel corso del 2018 ha garantito l'adeguamento dei SW all'invio a FSE delle lettere invio Screening mammografico ed entro il 2019 garantirà anche l'invio delle lettere dei restanti screening.

Fascicolo Sanitario. % offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP sul totale delle prestazioni presenti in agenda CUP. Target: 70%: le prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP sono rimaste le stesse del 2017. Le prestazioni non prenotabili on line sono tipicamente quelle: non erogate in azienda e di II livello, quindi, prenotabili internamente. Ad integrazione occorre dire che l'AUSL di Imola ha anche altre 344 prestazioni prenotabili on-line non contenute in quella liste (ad esempio il laboratorio analisi, ecc.).

Dematerializzazione delle prescrizioni. Invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate. Target: 100%. Nel 2018 si stima che lo stato di erogato al

Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate sia stato di oltre il 20%. Come da comunicazione mail del 15/02/2018 alla RER nel 2018 siamo partiti con l'invio a SAR dell'erogato DEMA delle ricette Dema facenti parte della Radiologia (da marzo 2018) e dell'Ambulatoriale solo nell'ultimo trimestre 2018 causa difficoltà dei test CUP2000 ed è stato ordinato a fine 2018 l'adeguamento per il SW ONAMB (ambulatoriale consultorio) mentre per la parte Laboratorio Analisi siamo in attesa di avvio da parte dell'AUSL di Bologna a cui è stato ceduto il ramo d'azienda dal 2016 e per questo siamo vincolati.

Software unico dei comitati etici. % avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo; target: 100%. L'AUSL di Imola ha sempre garantito il rispetto delle tempistiche previste e il massimo supporto professionale necessario.

Cartella clinica unica regionale informatizzata del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP). Partecipazione alle attività del gruppo regionale. Target: 95%. L'AUSL di Imola ha sempre garantito la massima partecipazione alle attività del gruppo regionale. Il DSM dell'Azienda è stato individuato come centro sperimentatore dei nuovi strumenti definiti a livello regionale.

Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi. % servizi interrogati/servizi resi disponibili. Target: 90%. L'AUSL di Imola non avuto esigenze di utilizzo di tali dati nel 2018 sono stati usati in qualche occasione per estrarre dizionari

Software unico per sistema trasfusionale. % avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. Target: 100%. L'AUSL di Imola ha sempre garantito il rispetto delle tempistiche previste e il massimo supporto professionale necessario

Nuovo Sistema Informativo unitario Servizi sociali (SIUSS nazionale). Corretto utilizzo del FNA: immissione dati SIUSS - Casellario dell'assistenza. Target: SI.

Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di Pronto Soccorso. Numero dei certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Pronto Soccorso. Target 80%. Nel corso del 2018 l'AUSL di IMOLA ha emessi 1570 certificati telematici post eventi di PS, rappresentanti la quasi totalità di quelli emessi

Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi ricovero. Numero dei certificati prodotti per evento di ricovero ospedaliero. Target: 80%. Nel corso del 2018 l'AUSL di IMOLA ha emessi 723 certificati telematici post evento di ricovero, rappresentanti la quasi totalità di quelli emessi.

7.3 Adempimenti nei flussi informativi

Miglioramento del sistema informativo contabile

Per quanto riguarda i sistemi informativi l'Azienda, in linea con quanto previsto dai programmi regionali, ha avviato azioni di miglioramento della qualità dei flussi al fine di rendere sempre più tempestivi e corretti i dati trasmessi. Di seguito si riportano i livelli di performance in ordine agli obiettivi assegnati con DGR 919/2018.

Interconnessione flussi informativi. N. codici fiscali, STP, ENI, TEAM non riconosciuti da SOGEI; target: < 1%. L'AUSL di Imola ha garantito il Raggiungimento del Obiettivo <1%.

Interconnessione flussi informativi. Adesione alle azioni richieste da NSIS; target: 100%. L'AUSL di Imola ha garantito il Raggiungimento del Obiettivo del 100%.

Interconnessione flussi informativi. Rispetto scadenze invio flussi (n. scadenze rispettate per flusso); target: 95%. L'AUSL di Imola ha inviato tutti i flussi informativi entro le scadenze previste (100%).

Interconnessione flussi informativi. Rispetto scadenze adeguamento flussi; target: 100%. L'AUSL di Imola a sempre rispettato le scadenze per l'adeguamento dei Flussi in particolare nel 2018 per i flussi SDO, SIGLA.

Strumenti analisi rendicontazione economica integrata (spesa farmaceutica). Rispetto dei tempi nell'invio delle relazioni mensili (n. relazioni inviate entro i tempi); target: 90%. L'AUSL di Imola ha garantito il Raggiungimento del Obiettivo del 100%.

Strumenti analisi rendicontazione economica integrata (spesa farmaceutica). Coerenza (oscillazione/range) prezzo rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia; target: 10%. L'AUSL di Imola ha garantito il raggiungimento dell'obiettivo nel rispetto del target assegnato.

Strumenti analisi rendicontazione economica integrata (spesa farmaceutica). Presenza prodotti nei flussi vs traccia; target: 100%. L'AUSL di Imola ha garantito il Raggiungimento del Obiettivo del 100%.

Strumenti analisi rendicontazione economica integrata (fondo FRNA). Invio flussi/dati entro i tempi; target: 100%. L'AUSL di Imola ha garantito il Raggiungimento del Obiettivo del 100%.

Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera. Invio dati registro operatorio (selezione specifica interventi); target: 80%. L'AUSL di Imola ha garantito il Raggiungimento del Obiettivo del 100%.

Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera. Invio dati attività di radiologia PACS entro il 31/12/2018; target: 90%. Progetto rimandato al 2019 come da indicazioni RER.

8. Valorizzazione del capitale umano

La valorizzazione del "capitale umano" anche nel 2018 si è concretizzata in alcuni percorsi organizzativi, già avviati in Azienda negli ultimi anni, che mirano a creare un diverso approccio nella gestione del capitale professionale. La valorizzazione del capitale umano, lo sviluppo delle competenze, la qualità e la sicurezza del lavoro, sono valori assoluti e rappresentano aspetti, che hanno un grande valore a livello di gestione del personale e di performance aziendale. Formazione dei dipendenti, Sicurezza sul lavoro, Valutazione del personale, sono ambiti di lavoro ed approfondimento, che hanno visto negli ultimi anni un particolare impegno a livello aziendale di seguito rendicontato.

8.1 Formazione aziendale

La Tecnostruttura Formazione è posizionata in staff alla Direzione Sanitaria. Per sostenere le responsabilità e gli obiettivi e nel rispetto delle disposizioni Aziendali ed in particolare di quanto indicato nell'Atto Aziendale, la Tecnostruttura Formazione lavora in stretta collaborazione con i dipartimenti e con le configurazioni dell'azienda e si interfaccia con i dipartimenti attraverso la rete dei referenti della formazione di dipartimento e con la rete dei Tutor di tirocinio delle professioni sanitarie per il percorso di apprendimento clinico curricolare degli studenti dei Corsi di Studio gestiti in convenzione con l'Università di Bologna. E' articolata nei Nuclei Operativi di:

- Formazione continua e Provider ECM;
- Formazione universitaria;
- Formazione a favore di esterni;
- Supporto Amministrativo e Segreteria generale.

Sulla base di una valutazione organizzativa e vista la possibilità e il largo utilizzo di consultazione prevalentemente concentrata sulle fonti secondarie il Nucleo operativo Biblioteca aziendale è stato trasformato in una Funzione aziendale.

Formazione continua. Dal 1.01.2017 l'AUSL di Imola ha adottato l'applicativo regionale WHR-Time – GRU per la gestione di tutti i dati relativi alla formazione. L'AUSL di Imola ha realizzato, come rappresentato nella tabella, 239 iniziative formative rivolte al personale dipendente che hanno dato origine a 371 edizioni di cui 365 accreditate; 6 non accreditate rivolte a personale non soggetto a obbligo ECM.

Iniziative formative realizzate 2018	ECM	Corsi validati	Edizioni	Edizioni Annulate	Edizioni chiuse
Blended (Res + Fad)	SI	1	1		1
Blended (Res + Fsc)	SI	14	19		19
FAD E-Learnig	SI	26	27	1	26
FAD E-Learnig	NO	2	2		2
Formazione residenziale (1-200)	SI	131	217	9	208
Formazione residenziale (1-200)	NO	1	1		1
Gruppi di Miglioramento	SI	47	61	5	56
Gruppi di Miglioramento	NO	1	3		3
Traning Individualizzato	SI	16	71	16	55
Totale		239	402	31	371

E' stata altresì garantita attività di Provider ECM per eventi formativi promossi dall'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia Romagna. Nessuno dei corsi interni dedicato al personale dipendente è stato realizzato con fondi provenienti da soggetti terzi che hanno o non hanno interessi commerciali in ambito sanitario.

A seguito di tutta l'attività svolta in stretta collaborazione con i Referenti della Formazione di Dipartimento, è migliorato l'indicatore relativo al numero di eventi realizzati sul numero di eventi programmati a PAF che sale a 76,65% (vs 74,5 % dell'anno precedente e al 63% del 2016) e superiore al valore pari al 75% atteso a Piano. Sono visibili ancora spazi di miglioramento su cui continuerà l'impegno nel corso del 2019 e che riguarda, ove possibile, la possibilità di incidere sul numero di eventi programmati e non realizzati (n. 80).

Il dato indica come sia migliorata la capacità di pianificazione e di programmazione delle attività formative grazie ad un costante monitoraggio effettuato in sinergia con la Rete.

Per quanto attiene al dato relativo al gradimento espresso dai partecipanti agli eventi formativi sui criteri di interesse definiti a livello regionale su una scala 0-3, si precisa che le rilevazioni sono state attivate nel corso del 2018. I dati indicano una valutazione media di gradimento del corso pari al valore di 2,60.

Sono state sottoposte a valutazione di gradimento on line n. 359 delle n. 371 edizioni chiuse pari al 97%.

Le 12 edizioni non valutate sono nella maggior parte dei casi dedicate a personale esterno che non avendo seguito la procedura di iscrizione on- line prevista da GRU- Formazione (iscrizioni raccolte con altro sistema fuori procedura) non ha, al termine dell'evento, avuto la possibilità di esprimere il gradimento.

Le partecipazioni e le ore. Nell'anno in esame gli operatori soggetti a obbligo ECM risultano 1.181 dipendenti, su un totale di 1.728 (pari al 68%); 157 medici convenzionati.

Sono **n. 7.173** le partecipazioni complessivamente processate dal Provider AUSL di Imola nel corso del 2018 come evidenziato nella Tabella.

2018	PARTECIPANTI		ORE EROGATE		ECM	
	dipendenti	non dipendenti	dipendenti	non dipendenti	dipendenti	non dipendenti
ASSENTI	1.263					
Partecipazioni che NON hanno esitato in attestazioni	318		2.062			
Partecipazioni CON attestazione ECM o NON	5.234	1.621	37.267	12.081	39.770	8.811
Partecipazioni processate	7.173		51.410		48.581	

Le ore erogate complessivamente risultano essere 51.410.

Relativamente al numero di partecipazioni ai corsi organizzati internamente all'azienda, dalle diverse famiglie professionali in relazione al numero dei dipendenti in pianta organica, si segnala che tutte hanno avuto accesso alla formazione anche se ovviamente con possibilità diversificata.

L'aggiornamento esterno fruito mette in evidenza una diversificazione degli istituti utilizzati frutto dei percorsi di riflessione avviati in modo rilevante con tutti i Dipartimenti aziendali, sull'appropriatezza di utilizzo di questa tipologia di formazione. Sono complessivamente n. 975 (- 384 autorizzazioni rispetto al 2017) le partecipazioni autorizzate come aggiornamento esterno nel corso del 2018. Le sponsorizzazioni relative alla partecipazione ad iniziative esterne, debitamente documentate e gestite sulla base delle procedure aziendali in essere, sono state complessivamente quindi pari a n. 116 (- 26 rispetto al 2017).

Sono state altresì registrate sul Portale GRU della Formazione sulla posizione del singolo dipendente, le informazioni ricevute dallo Staff Formazione relative a n. 1.968 iniziative esterne fruite a titolo personale da parte dei professionisti.

La FAD. L'offerta di pacchetti di formazione FAD a livello Aziendale avviene attraverso due canali: il Consorzio MED3, di cui l'AUSL di Imola è componente, ed il Portale Federato SELF della Regione Emilia Romagna per la P.A. Nel corso del 2018, è continuato il monitoraggio mirato sulla fruizione da parte dei professionisti dei pacchetti resi disponibili. Si mantiene stabile e buona la percentuale dei professionisti che nel 2018 ha completato i corsi FAD di Med3 una volta ottenuto il codice che si attesta all'89%. Con questo canale sono state attivate n.336 partecipazioni che hanno generato una erogazione di crediti ECM pari a n. 2.918. Per quanto attiene al Portale SELF-PA sono state attivate n. 1.353 partecipazioni su n. 7 corsi.

Il 54% dei partecipanti ha terminato la frequenza al corso con esito positivo. Quest'area sarà oggetto di una puntuale operazione di responsabilizzazione effettuata sui singoli fruitori all'utilizzo corretto della risorsa e quando necessario, sulla base dei monitoraggi effettuati, dei solleciti ad personam per migliorare la performance di fruizione dei corsi registrata.

I crediti. A seguito della attività formativa interna pianificata, progettata, realizzata e autorizzata, il "monte crediti" registrato, per i dipendenti con obbligo ECM, è pari a **39.770** con un pro-capite medio per dipendente con obbligo ECM che si attesta a n. 33,67 ECM e in eccesso rispetto alle indicazioni fornite *ex ante* dal Collegio di Direzione). I dati riportati in Tabella fanno riferimento a quanto registrato al 31/03/2019: il dato sulla formazione interna è da ritenersi completo, mentre quello relativo alla formazione esterna accreditata non può essere considerato esaustivo, in quanto è registrata solo la documentazione pervenuta allo Staff Formazione.

Tipologia evento		N.ro ORE offerta formativa	N.ro ORE frequentate con attestato	N.ro Partecipanti	N.ro Crediti
BLENDED	ECM	4.583	4.520	248	6.504
	NO ECM	74	72	5	
FAD-E-LEARNING	ECM		4.232	682	4.232
	NO ECM		838	193	
RESIDENZIALE	ECM	15.460	15.420	2.813	20.652
	NO ECM	2.430	2.390	629	
FORMAZIONE SUL CAMPO	ECM	9.350	9.210	617	8.382
	NO ECM	593	585	47	
TOTALE		32.490	37.267	5.234	39.770

Gli incarichi di docenza e Tutoraggio. I dati relativi agli incarichi didattici assegnati nel 2018 per la realizzazione delle varie iniziative sono quelli sintetizzati nella tabella che segue che evidenzia altresì la valorizzazione per questa attività delle competenze già presenti all'interno del sistema sanitario regionale.

Incarichi didattici nell'ambito della Formazione continua	Docenti	ORE docenza	CREDITI docenza
Docente interno	163	1.657	2.626
Relatore interno	3		3
Tutor interno	39	2.159	1.220
Docente esterno	101	1.171	1.620
Tutor esterno	5	257	80
Totale	311	5.244	5549

Sono state erogate n. 5.244 ore di docenza e tutoraggio all'interno di percorsi di formazione ed erogati n. 5.549 crediti ECM. Per quanto attiene al dato relativo al gradimento espresso dai partecipanti sul gradimento del docente degli eventi formativi sui criteri di interesse definiti a livello regionale su una scala 0-3, si precisa che sono stati sottoposti a valutazione on line i docenti di n. 359 delle n. 371 edizioni chiuse pari al 97% della complessiva offerta formativa realizzata. Le n. 12 edizioni non valutate sono nella maggior parte dei casi dedicate a personale esterno che non avendo seguito la procedura di iscrizione on- line prevista da GRU- Formazione (iscrizioni raccolte con altro sistema fuori procedura) non ha, al termine dell'evento, avuto la possibilità di esprimere il gradimento. Il dato medio registrato di gradimento del docente si attesta al valore di 2,78.

Costi. Complessivamente nel 2018, è stato utilizzato l'83% del budget assegnato (vs il 74% del 2017).

Questo molto probabilmente è stato generato da una disponibilità di Fondi vincolati che ha generato una spesa che coincide quasi completamente con il residuo registrato di fondi da budget aziendale stanziato. La ripartizione delle spese generata dalle diverse Strutture aziendali, suddivisa tra formazione interna ed esterna, è rappresentata nella tabella che segue.

Spesa formazione 2018	Da budget	Da Fondi Vincolati	Totale
Aggiornamento Interno	€ 97.091	€ 25.606	€ 122.698
Aggiornamento Esterno	€ 65.037	€ 13.935	€ 78.972
totale	€ 162.128	€ 39.541	€ 201.670
Acquisizione patrimonio bibliografico	€ 113.613	€ 1.660	€ 115.273
Totale complessivo	€ 437.870	€ 80.742	€ 316.943

In linea con le indicazioni fornite dal Collegio di Direzione la distribuzione delle risorse è stata prevalentemente orientata sulla formazione interna. Grazie ad un monitoraggio ed a un confronto costante è stato possibile autorizzare, ad alcune strutture, le spese eccedenti il budget assegnato a fronte di informazioni certe di risparmio su altre strutture.

Formazione interna dei Medici convenzionati. La spesa per la formazione di questi professionisti è stata pari a € 2.075. In linea con le indicazioni fornite da Collegio di Direzione la distribuzione delle risorse è stata prevalentemente orientata sulla formazione interna. Sono state realizzate 15 iniziative formative

interne dedicate ai Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali.

Funzione Provider. L'Azienda USL di Imola svolge la Funzione Provider per alcuni eventi promossi dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, sulla base di una rotazione pianificata a livello regionale tra tutti i Provider regionali. E' cessata l'attività di accreditamento ECM degli eventi formativi interni promossi da Montecatone R.I. in quanto la struttura è divenuta Provider ECM.

In data 20 Novembre 2018, un evento formativo gestito dal Provider Azienda USL di Imola è stato sottoposto a visita in loco da parte dell'Osservatorio Regionale per la formazione continua in sanità e non sono state registrate non conformità (Con Determinazione Regionale n. 10294 del 18/08/2015 la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'integrazione della Regione Emilia Romagna ha accreditato definitivamente il Provider Azienda USL di Imola).

Formazione integrata Area Vasta Emilia Centrale. Anche nel corso del 2018 lo Staff Formazione ha partecipato alla pianificazione, programmazione e gestione di iniziative formative condivise in Area Vasta Centrale puntualmente rendicontate all'interno dei RAF annuali. Il percorso partito per la formazione del personale di area amministrativa per condividere modalità operative, attivare sinergie e creare rete, è stato ampliato anche per il personale sanitario. Altro elemento qualificante il percorso di collaborazione attivato a livello di AVEC ha riguardato lo sviluppo di un documento che descrive la Gestione del processo di Formazione di Area Vasta Emilia Centro.

Formazione sviluppata con il Territorio. Importante è l'integrazione e la collaborazione con le Istituzioni/Strutture/Enti presenti sul Territorio su cui insiste l'AUSL di Imola. Sono stati realizzati una serie di eventi che hanno coinvolto le strutture residenziali per anziani e l'ASP sui temi relativi all'area del Rischio clinico, governo clinico e sugli aspetti riabilitativi ed assistenziali sul tema dell'assistenza alla persona anziana. Complessivamente sono state registrate n. 122 partecipazioni che hanno coinvolto Infermieri, Operatori Socio Sanitari, Fisioterapisti, Assistenti Sociali, Educatori e Psicologi.

Iniziativa di Health Literacy. In relazione a quanto previsto dalla Scheda n. 27 "Capirsi fa bene alla salute" in allegato alla Deliberazione di Giunta regionale n. 1423 del 2 ottobre 2017, nel corso del 2018 si è sviluppata l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione in materia di Health Literacy sia per quanto riguarda la formazione dei professionisti che di formazione ed orientamento dei cittadini. E' stato realizzato n. 1 evento di formazione continua Aziendale che ha coinvolto 22 partecipanti della Casa della Salute afferenti alle seguenti professioni: 1 amministrativo; 11 infermieri; 8 OSS; 1 Medico; 1 Dirigente Infermieristico. Inoltre, è stata garantita la partecipazione da parte di dipendenti dell'Azienda alle varie iniziative formative e di incontro organizzate a livello regionale:

- 5/06/2018 Partecipazione alla riunione RER;
- 26/11/2018 Partecipazione alla riunione RER per le direzioni generali;
- 27/11/2018 partecipazione all'incontro formativo RER con Prof. Rudd sulla ricerca a Reggio Emilia;
- 30 novembre 2018 Partecipazione all'incontro formativo RER con Prof Rudd.

8.2 Sicurezza del lavoro

Sorveglianza sanitaria e malattie professionali. I lavoratori aziendali, sulla base della valutazione dei rischi e delle mansioni effettivamente svolte, sono sottoposti a sorveglianza sanitaria con la periodicità e gli accertamenti strumentali previsti dal protocollo sanitario redatto dal medico competente - autorizzato.

Nel 2018 i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria sono stati complessivamente 808 di cui 265 visite periodiche; i lavoratori idonei sono risultati 517, mentre 159 hanno prescrizioni o limitazioni, 15 sono temporaneamente non idonei alla mansione e 5 permanentemente non idoneo. Nella sorveglianza sanitaria sono conteggiati anche gli studenti che iniziano il tirocinio in ambito sanitario.

Attività di sorveglianza	2015	2016	2017	2018	Var.	Var %
N° visite effettuate	499	680	804	808	4	0,5%
N° visite periodiche	226	216	238	265	27	11,3%
N° viste preventive + visite a richiesta	131	464	363	399	36	9,9%

Andamento del fenomeno infortunistico. Sia gli infortuni che le malattie professionali vengono denunciati on line e per gli infortuni a rischio biologico è attiva una procedura specifica interaziendale provinciale pubblicata nel sistema qualità. L'analisi dell'andamento complessivo è effettuata su base annuale, per quantificare il fenomeno e analizzare luoghi e modalità di accadimento.

Per la prevenzione degli infortuni a rischio biologico l'azienda ha fornito aghi di sicurezza in alcuni ambiti lavorativi (emergenza) e relativo addestramento, la completa conversione degli aghi e taglienti con aghi di sicurezza è avvenuta durante l'anno 2017. Per la prevenzione del rischio da movimentazione manuale paziente, sono stati installati e adottati in alcune strutture aziendali, ausili maggiori e minori, nello specifico sistemi fissi a soffitto e teli ad alto scorrimento.

Gestione delle Emergenze. Sono state pianificate ed attuate in alcune strutture aziendali, esercitazioni per la gestione della emergenza incendio che hanno permesso di testare, pur con i limiti della simulazione, le procedure definite nel Piano di Emergenza Interno, verificando le sinergie d'intervento e mettendo alla prova la capacità di azione e di reazione delle diverse figure coinvolte. A seguito delle esercitazioni sono stati aggiornati alcuni aspetti del Piano di Emergenza Interno.

Il totale infortuni denunciati è lievitato per un cambiamento nella modalità di denuncia degli infortuni, dettata da una nuova determinante normativa che contempla anche le comunicazioni di infortunio.

Sorveglianza sanitaria	2016	2017	2018
Lavoratori assicurati INAIL	1.746	1.755	1.737
Totale lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	1.730	1.730	1.730
Totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento	418	804	808
Lavoratori idonei alla mansione specifica	236	520	517
Lavoratori con idoneità parziali temporanee (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	33	8	10
Lavoratori con idoneità parziali permanenti (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	9	9	15
Lavoratori temporaneamente inidonei alla mansione specifica	4	13	15
Lavoratori permanentemente inidonei alla mansione specifica	1	2	5
Infortuni con prognosi superiore a 4 giorni non biologici	70	37	90
Infortuni con prognosi inferiore a 4 giorni non biologici	23	15	0
Infortuni a matrice biologica	44	51	36
Totale infortuni denunciati	95	103	90
Totale di giornate di assenza per infortunio	1.761	1.274	2.707

8.3 Sistema di valutazione individuale della performance

L'AUSL di Imola negli ultimi anni, in attuazione degli indirizzi dettati dall'OIV-SSR, ha definito un nuovo Sistema di valutazione del personale sia a livello di performance annuale che di valutazione degli incarichi dirigenziali e, per quanto riguarda il personale del comparto, dei titolari di posizione organizzative e di funzioni di coordinamento, che ha visto la sua formalizzazione con l'approvazione di un nuovo regolamento aziendale con delibera DG 136 del 22.6.2018.

In questi anni, parallelamente alla diffusione dei nuovi strumenti di valutazione, si è provveduto allo sviluppo tra il personale di una nuova cultura della valutazione quale strumento di governo, sviluppo e crescita professionale della risorsa umana.

A seguito degli indirizzi da ultimo dettati, con nota dall'OIV-SSR, in atti prot. 35973 del 21.11.2018, in attuazione della Delibera OIV-SSR n. 5/2017, l'Azienda ha adottato un programma di sviluppo dell'intero sistema di valutazione della performance che prevede a partire dall'anno 2018, in anticipo a quanto programmato precedentemente, l'estensione anche a tutto il personale del comparto della valutazione legata all'incentivazione della produttività. Il nuovo programma è stato trasmesso per l'approvazione con nota prot. 38762 del 12.12.2018 ai competenti Uffici regionali e all'OIV-SSR e ha visto la condivisione delle OO.SS. di categoria con la sottoscrizione in data 19.4.2019 di accordo integrativo aziendale.

Il sistema di valutazione del personale introdotto, pertanto, rappresenta il risultato di un lavoro che, nell'arco di un triennio, con il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali, ha permesso di condividere, coinvolgendo tutte le componenti aziendali anche di rappresentanza dei lavoratori, una nuova metodologia di lavoro e di gestione del personale e di portare a regime, in linea con le disposizioni di legge e dei CCNL, un sistema di valutazione della performance individuale su tutti i vari comparti del personale.

9. Area dell'Anticorruzione e della Trasparenza

Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza

A seguito delle nuove disposizioni introdotte dal D.Lgs. 97/2016, l'Azienda ha provveduto, con delibera n.160 del 3.11.2016, alla nomina del Responsabile unico della Prevenzione della Corruzione e trasparenza, così come previsto dall'art.1, comma 7, della L. 190/2012 e dall'art. 43 del D.Lgs. 33/2013.

Con deliberazione DG n. 8 del 23.1.2018 è stato adottato il Piano Triennale di Prevenzione Corruzione e della Trasparenza 2018-2020, conformemente alle disposizioni regionali e ANAC.

Il Responsabile aziendale PCT ha provveduto a predisporre ed inviare all'ANAC in data 18.12.2018 la relazione in ordine alle verifiche degli obblighi in materia di Anticorruzione e contestuale pubblicazione sul sito anticorruzione. A seguito delle indicazioni dettate dall'ANAC, l'OIV-SSR con la collaborazione dell'OAS ha provveduto alle verifiche sul corretto adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi di pubblicazione nel sito aziendale della "trasparenza amministrativa" delle informazioni e degli atti di interesse pubblico.

Con provvedimento del 19.6.2018 l'OIV-SSR, in ragione delle verifiche effettuate, ha attestato il completo e regolare adempimento degli obblighi di pubblicazione, così come richiesti dall'ANAC con delibera 141/2018.

Nell'anno 2018, si è proseguito nell'attività di messa a regime del nuovo impianto, attraverso il tempestivo aggiornamento del sito aziendale della trasparenza, l'effettuazione di iniziative formative rivolte al personale aziendale maggiormente coinvolto e attraverso un costante monitoraggio delle aree maggiormente a rischio di corruzione. Gli obiettivi previsti nel PTPCT sono stati riportati e declinati nei documenti di budget di tutte le articolazioni aziendali e nelle schede di assegnazione degli obiettivi individuali dei dirigenti.

Il Responsabile Aziendale ha partecipato costantemente al Tavolo in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza delle Aziende sanitarie appartenenti all'AVEC e dell'AUSL della Romagna. Gli incontri programmati con cadenza mensile (ad eccezione della pausa estiva), hanno permesso di valorizzare il confronto diretto con i soggetti (Servizi e Strutture interessate) direttamente coinvolti, in particolar modo, in relazione alle modifiche normative apportate dal legislatore in tema di trasparenza a fronte della modifica del testo storico del D.Lgs 33/2013 avvenuta con il D.Lgs 97/2016 al quale si sono succedute le successive linee guida ANAC in materia. Di particolare rilievo risulta la trattazione, nel 2018, delle seguenti tematiche:

- Approfondimento in sede AVEC delle funzionalità legate agli obblighi di trasparenza per mezzo del SW unico regionale denominato "GRU" (Gestione Risorse Umane) anche per mezzo di incontri con i Dirigenti ed i Funzionari dei Servizi Unici del Personale delle Aziende appartenenti all'AVEC e dell'AUSL della Romagna.
- Corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione ex art. 1, co. 32 della L. 190/2012.
- Applicazione delle disposizioni previste dal DM 25/09/15 ad oggetto: "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione" alla luce del quale ciascuna Azienda sanitaria ha provveduto alla nomina del proprio gestore antiriciclaggio. In tal senso, è stata completata la procedura di adesione dell'Azienda al sistema di segnalazione on-line, tramite il portale INFOSTAT – UIF della Banca d'Italia che, in data 13.9.2017 ha abilitato la relativa registrazione.

- Approvazione del Regolamento in materia di “accesso civico generalizzato” (FOIA) concordato in sede AVEC per la ricezione, la trattazione e la corretta gestione delle istanze di cui trattasi.
- Acquisizione delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali della dirigenza PTA e Sanitaria e acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi, che hanno riguardato anche il personale del comparto, con percentuali di assolvimento del 97/% da parte dei dirigenti e 82/% per il personale del comparto.

Di particolare rilievo è stato inoltre lo studio, anche ai fini interpretativi, dei contenuti previsti dalla delibera ANAC n. 1310/2016 in ordine ai nuovi parametri di trasparenza.

Incontri dedicati hanno fatto sì che i Responsabili PCT abbiano fatto sintesi interpretativa dei dati e delle informazioni da inserire nella “griglia trasparenza” allegata all’aggiornamento del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2018/20 ai fini della più completa omogeneità di stesura.

Come avvenuto in passato, i Componenti del Tavolo AVEC hanno dedicato particolare attenzione al tema dei “Controlli da effettuare da parte degli RPCT aziendali” (in special modo sugli ambiti di attività dei Servizi Comuni Unificati) avanzando come suggerimento la proposta di istituire un servizio di auditing interno di supporto all’attività del RPCT. E’ stato adeguatamente presidiato il tema della “formazione” in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, argomento particolarmente valorizzato dai Responsabili PCT che hanno profuso notevoli sforzi ciascuno per le rispettive realtà per consolidare le tematiche della legalità e dell’integrità anche per mezzo di FAD (formazione a distanza).

E’ stato infine consolidato il percorso di confronto e dibattito su diverse tematiche in materia (es. gestione del conflitto di interessi, trasparenza, dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti) con la Direzione “Cura della Persona, Salute e Welfare” della Regione Emilia-Romagna.

Da segnalare, infine, che con deliberazione n.112/2018 è stato adottato il nuovo Codice di Comportamento Aziendale (Unico per le Aziende del SSR), in recepimento della DGR n. 96 del 29.1.2018 con la quale è stato approvato lo Schema tipo di Codice di comportamento per il personale operante presso le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna. In conclusione si può affermare che, nell’anno 2018, l’Azienda ha corrisposto pienamente agli obiettivi che si era data in tema di anticorruzione e trasparenza.

Adeguamento PTPCT alle nuove disposizioni dell’ANAC e regionali.

Azioni preventive: provvedimenti adottati nel 2018 in settori particolarmente esposti al rischio corruzione.

L’ANAC, con le proprie deliberazioni n. 12 del 28.10. 2015 e n. 831 del 3.8.2016, ha invitato le strutture sanitarie a porre in essere interventi mirati ad incidere sull’organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio corruzione. La Regione con la LR n. 9/2017 ha individuato per le Aziende del SSR, ulteriori azioni preventive in materia di anticorruzione e trasparenza.

L’AUSL di Imola, in ottemperanza a quanto sopra, in materia di azioni preventive proposte dal RPCT, ha approvato una serie di provvedimenti, intervenendo con specifiche regolamentazioni e procedure sia sull’organizzazione sia sulla matrice delle responsabilità afferenti ai Direttori delle varie Unità operative interessate e senza ulteriori oneri a carico dell’Azienda. In particolare:

- Si è consolidato il percorso “Trasparenza” conseguente all’adozione del “Regolamento in materia di informazione scientifica sul farmaco nell’ambito delle strutture sanitarie dell’AUSL di Imola” (delibera N.

13/17) che ha recepito anche gli indirizzi e le direttive regionali in materia, di cui alla DGR 2309 del 21.12.2016. Tale regolamentazione, ha consentito di razionalizzare l'accesso degli informatori scientifici e stabilisce le modalità di ricevimento, il numero massimo di incontri su base annua, privilegiando gli incontri collegiali, la pubblicità ed evidenzia le giornate e le fasce orarie di ricevimento, l'utilizzo di omogenea reportistica da parte di tutti i Dipartimenti e singole U.O. da trasmettere al RPCT con annotazione specifica di quanto sopra.

- Si è consolidata l'applicazione del "Regolamento per l'acquisizione di beni, servizi e lavori di valore inferiore a Euro 40.000,00 I.V.A. esclusa", in applicazione del D.Lgs. 50/2016, come modificato dal D.L.gs. 56/2017, nonché delle Linee Guida approvate dall'ANAC con deliberazione n. 1096 del 26.10.2016, delibera n. 184/17). La regolamentazione garantisce ulteriormente il rispetto dei principi di economicità, efficacia, tempestività, correttezza, libera concorrenza, non discriminazione, trasparenza e pubblicità, proporzionalità e rotazione dei RUP.
- A pieno regime anche l'applicazione della "Revisione della procedura di autorizzazione delle Sperimentazioni Cliniche" (delibera n.210/17). Con questa nuova procedura si è portata la responsabilità complessiva del processo autorizzatorio in capo al Direttore Generale e si è meglio definita la matrice delle responsabilità delle singole attività afferenti ai dirigenti interessati.
- Analogo consolidamento per la "Procedura di autorizzazione – organizzazione di eventi convegnistico-congressuali sponsorizzati che utilizzano Provider esterni" delibera n.219/17). Questa procedura, oltre che garantire ulteriori esigenze aziendali di trasparenza, congruità e opportunità in materia di sponsorizzazioni, è finalizzata a ridurre il rischio corruzione che può verificarsi in tale ambito, in special modo tra il personale coinvolto ed i soggetti esterni che manifestano la volontà di proporre una sponsorizzazione tecnica a favore dell'AUSL di Imola. E' prevista a tal fine un'articolata suddivisione di compiti e responsabilità per le diverse Unità operative alle quali afferisce il processo autorizzatorio. E' stata regolarmente costituita apposita commissione tecnica intraziendale che valuta, previamente, tutti gli elementi individuati relativi alla congruità e opportunità dell'evento, prima dell'attivazione della procedura di evidenza pubblica, così come previsto dall'art. 19 del D.L.gs. 50/2016.

10. Area ricerca e didattica

Alta formazione: collaborazioni Università / Altri Enti. Le Strutture aziendali, anche nel 2018, si sono rese disponibili ad essere sede per lo svolgimento di tirocini formativi e stage, realizzati in collaborazione con diverse Scuole medie superiori ed Enti di Formazione. L'AUSL di Imola si è resa inoltre disponibile ad essere sede di attività pratica a supporto dell'attività didattica di formazione per la medicina generale, per la quale viene garantita una funzione tutoriale attraverso il coinvolgimento della Rete dei Tutor di Medicina Generale all'interno dei loro ambulatori e all'interno delle Unità operative ospedaliere selezionate. Sono n. 10 i Medici di Medicina Generale Tutor che appartengono alla Rete formativa di riferimento.

In riferimento all'attività formativa per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio sanitario (OSS), nel corso del 2017 è stata garantita la collaborazione - come indicato nei documenti regionali di riferimento - agli Enti di Formazione Professionale della Provincia di Bologna, per la realizzazione dei percorsi di prima formazione del personale di supporto all'assistenza infermieristica. In tutte le sopracitate collaborazioni, l'AUSL di Imola ha garantito la funzione di Tutoraggio di Area Sanitaria, la funzione di tutoraggio nei tirocini svolti presso le Strutture interne e la docenza per gli ambiti specifici attraverso propri professionisti dipendenti.

Corsi di Laurea. Il rapporto di collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna, Facoltà di Medicina e Chirurgia, per quanto attiene i 4 Corsi di Laurea delle professioni Sanitarie presenti nell'AUSL di Imola (Infermieristica; Fisioterapia; Educazione Professionale; Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro) è ormai consolidato. Per i primi due corsi l'Azienda è sezione formativa - ovvero sede delle lezioni teoriche relative alla parte professionalizzante e di tutte le ore di attività integrativa e di tirocinio - mentre per i restanti due è sede didattica (sede di tutte le lezioni teoriche e di tirocinio).

L'offerta formativa presente si è ulteriormente arricchita grazie all'attivazione nell'A.A.2015/2016 del Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione.

In aumento sono i dipendenti dell'Azienda che svolgono attività di docenza o rivestono incarichi di Funzione di Guida di tirocinio (Tutor di Tirocinio) all'interno dei Corsi di Laurea, ai quali si aggiunge anche personale di Montecatone R.I. Stabilizzati i dati relativi agli incarichi didattici assegnati per i corsi di Laurea attivati che vengono evidenziati nella tabella che segue, per ciò che attiene i Responsabili delle attività didattiche professionalizzanti ed i Tutor di Corso.

Ricerca. L'Ausl di Imola promuove le attività di ricerca e innovazione all'interno dell'azienda e in stretta integrazione con gli enti del Servizio sanitario regionale in cui la ricerca rappresenta una funzione istituzionale, quali le Aziende Ospedaliere-Universitarie e gli IRCCS; tale integrazione è favorita nell'ambito dei progetti di sviluppo e potenziamento delle reti cliniche in Area Metropolitana, che tra i propri obiettivi pongono particolare attenzione a garantire maggiori opportunità di ricerca, di formazione e di valorizzazione delle professionalità coinvolte nella rete. In quanto azienda territoriale, quindi non vocata di per sé alla ricerca biomedica e pre-clinica (che coinvolge prioritariamente le Università, le AOU e gli IRCCS), l'Ausl di Imola contribuisce alla innovazione in sanità promuovendo alcune tipologie di ricerca traslazionale, in

particolare studi osservazionali, e progetti di ricerca sui servizi sanitari (qualità, equità, efficienza, efficacia e costi dell'assistenza sanitaria) o di popolazione (sanità pubblica, prevenzione).

Nel corso del 2018 sono stati avviate le seguenti sperimentazioni.

Rif. atto deliberativo	Data adozione	Titolo	Prot.	Sperimentatore responsabile e UO	Promotore
DEL 20/2018	26/01/2018	VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'AGOASPIRAZIONE CON AGO SOTTILE PER VIA ECOENDOSCOPICA (EUS FNA) UTILIZZANDO UN AGO FLESSIBILE DA 19 G NELLA DIAGNOSI DELLE LESIONI SOLIDE DELLA TESTA E DEL PROCESSO UNCINATO DEL PANCREAS: UNO STUDIO PROSPETTICO MULTICENTRICO.	Prot: EUS-FNA Cod.CE: 17106	Prof. Pietro Fusaroli UOC Gastroenterologia	Olympus Europa
DEL 55/2018	16/03/2018	STUDIO MULTICENTRICO, RANDOMIZZATO, IN DOPPIO CIECO, BASATO SUGLI EVENTI, CONTROLLATO CON PLACEBO RIGUARDANTE GLI EFFETTI DI CANAGLIFLOZIN SUGLI ESITI CARDIOVASCOLARI E RENALI IN SOGGETTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO DI TIPO 2 E NEFROPATIA DIABETICA. EMENDAMENTO N.2.	Prot: CREDESCENCE Cod.CE: 14041	Dr.ssa Marcora Mandreoli UOC Nefrologia e Dialisi	Janssen-Cilag Internazionale
DEL 203/2018	02/10/2018	MANAGEMENT OF ANTITHROMBOTIC THERAPY IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION OR DEVELOPING ATRIAL FIBRILLATION DURING HOSPITALIZATION FOR PCI.	Prot: MATADOR-PCI Registry Cod.CE: 178/2018/OSS	Dr. Mauro Li Calzi UOC Cardiologia	Fondazione per il tuo cuore Onlus
DEL 234/2018	26/11/2018	TEMPISTICHE RIABILITATIVE E OUTCOME FUNZIONALI IN SOGGETTI CON FRATTURA DIAFISARIA METACARPALE CON OSTEOSINTESI PERCUTANEA TRASVERSALE: CASE SERIES.	Prot: - Cod.CE: 606/2018/OSS	Dott.ssa Deborah Deserri UOC Medicina Riabilitativa	CdL Fisioterapia Sede Imola, Scuola di Medicina e Chirurgia - UNIBO
DEL 243/2018	27/11/2018	ATTUALI STRATEGIE DI GESTIONE DEL PAZIENTE CON EMBOLIA POLMONARE.	Prot: COPE Cod.CE: 171/2018/OSS	Dr.ssa Alexandra Antonucci UOC PS e Medicina d'Urgenza	Università di Perugia e Fondazione per il tuo Cuore Onlus - ANMCO

L'AUSL di Imola ha aderito al Bando Ministeriale di Ricerca Finalizzata 2016, con lo Studio "EASY NET - EFFICACIA DEGLI INTERVENTI DI AUDIT E FEEDBACK PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA NEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2 E NELL'INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA", di cui è capofila l'AOU di Bologna (Sperimentatore Principale: Prof. G.Marchesini Reggiani). Il CE-AVEC ha approvato lo Studio nella seduta del 23/05/2018 (cod.CE n.229/2018/OSS/AOU Bologna). Lo studio è stato avviato formalmente il 15/04/2019. Il 2018 ha inoltre visto il proseguimento delle collaborazioni, avviate nel 2017,

con l'Università di Bologna (Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - DIBINEM) per lo sviluppo di attività di ricerca applicata ai servizi sanitari con i seguenti obiettivi principali:

- individuare e implementare strategie di promozione della salute e prevenzione delle patologie cronico degenerative a partire dall'età infantile-giovanile, con riferimento alla implementazione delle attività previste dal Piano Regionale per la Prevenzione (rif. DEL 107/2017 per lo svolgimento del "PROGETTO IMOLA IN FORMA (P.I.F)")
- sviluppare metodi e strumenti per la valutazione della qualità delle Cure Intermedie e dell'assistenza socio-sanitaria, monitorando gli esiti e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali dei pazienti in trattamento presso le strutture aziendali al fine di costruire reti e percorsi integrati, con riferimento all'implementazione delle attività previste dal nuovo Piano Sociale Sanitario Regionale (rif. DEL 106/2017 per lo svolgimento del progetto "QUALITÀ E IMPATTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA RIVOLTE A PERSONE ANZIANE E FRAGILI").

Specializzazioni. Nell'area delle Specializzazioni Mediche, alla luce delle indicazioni regionali e dei modificati assetti organizzativi aziendali, l'attività formativa ha visto complessivamente nel 2018 presenti n. 49 (in aumento rispetto al 2017) medici in formazione specialistica, anche se in presenza alternata e non continuativa, provenienti da diverse Scuole di Specializzazione; generalmente è stato previsto un tutor per ogni specializzando. A questi si devono aggiungere 32 tirocini formativi per esame di stato e master e 14 frequenze volontarie.

Formazione continua nelle organizzazioni sanitarie. I processi di cambiamento attivati dal sistema ECM e il lavoro dell'Osservatorio regionale della formazione continua in sanità (ORFoCS), orientano l'azione formativa verso lo sviluppo di competenze professionali (dossier formativi individuali e di gruppo), la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi. Gli obiettivi per il 2018 hanno riguardato la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione:

- Progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo. Target: almeno 4
- Progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative. Target: almeno 3.

In relazione agli obiettivi sopra assegnati, si rappresenta che nel corso dell'anno 2018, in risposta ad obiettivi strategici aziendali, sono stati progettati e sottoposti a valutazione:

- Relativamente al trasferimento degli apprendimenti al contesto lavorativo: N. 4 eventi. In dettaglio: Coltivare talenti; Gestione del rischio clinico: Analisi dei processi diagnostici-terapeutici mediante la tecnica FMEA/FMECA; Intelligenza emotiva; Programma formativo il profilo di ruolo, funzioni, responsabilità e competenze del coordinatore delle professioni sanitarie.
- Relativamente alla misurazione dell'efficacia delle azioni formative: N. 3 eventi. In dettaglio: le vaccinazioni: efficacia, sicurezza, comunicazione; Gestione del rischio clinico: Analisi dei processi

diagnostici-terapeutici mediante la tecnica FMEA/FMECA; Programma formativo creazione di uno strumento di valutazione delle competenze e delle performance del coordinatore.

Il dettaglio dell'esito dei percorsi di valutazione è pubblicato sul Rapporto annuale della Formazione 2018.

11. Area economico-finanziaria

11.1 Rispetto equilibrio economico finanziario e azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa

L'AUSL di Imola ha chiuso il Bilancio di Esercizio 2018 nel rispetto degli obiettivi assegnati dalla Regione. Nel corso del 2018 l'Azienda ha effettuato il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico finanziario con cadenza bimestrale ed in corrispondenza della predisposizione dei CE trimestrali e della verifica di settembre. Sono state presentate le certificazioni previste dall'art. 6 dell'Intesa Stato Regioni del 23.3.2005 attestanti la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato.

Il Collegio Sindacale ha provveduto a trasmettere, nel mese di ottobre 2018, al Direttore generale, alla Regione e alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana, la relazione sull'andamento del bilancio preventivo economico 2018 dell'AUSL di Imola prevista dall'art. 19 della LR 16/07/2018, n. 9.

Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2018 l'AUSL di Imola ha consolidato la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. 231/2002 e s.m.i. (pagamenti entro i 60 gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria). I tempi di pagamento sono stati mediamente inferiori di 5 giorni rispetto alla scadenza. L' AUSL di Imola ha provveduto a pubblicare i dati relativi ai debiti e ai pagamenti ai sensi delle disposizioni contenute:

- agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs.97/2016;
- all'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.

A conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali, l'AUSL di Imola ha provveduto ad aderire secondo il calendario programmato con la nota della Regione Emilia Romagna, prot. PG.2014.0457173 del 28/11/2014 che indicava per l'AUSL di Imola al 01/01/2018 la data prevista di adesione alla convenzione regionale.

Il periodo contrattuale di decorrenza del servizio di tesoreria che era 01/01/2018 - 31/12/2020, è stato prorogato al 31-12-2021 come da atto dirigenziale di INTERCENTER n.29 del 23/01/2019.

Nel 2018 l'Azienda ha avviato nel mese di ottobre il progetto SIOPE+ volto a rendere più efficiente il monitoraggio dei pagamenti delle fatture delle PA, attraverso l'obbligo dell'ordinativo informatico, già presente da diversi anni nell'AUSL di Imola, e l'integrazione delle informazioni sui pagamenti con quelle delle fatture delle PA registrate nella Piattaforma dei crediti commerciali (PCC).

Attuazione del percorso Attuativo della certificabilità (PAC) dei Bilanci delle Aziende sanitarie

Con riferimento al contesto di adempimenti relativi all'attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci (PAC) l'Azienda ha posto in essere nei precedenti esercizi quanto previsto dagli indirizzi regionali, in termini di formalizzazione Procedure Aree Debiti-Costi, Crediti-Ricavi, aggiornamento dei Regolamenti aziendali ed effettuato le Revisioni Limitate. Con deliberazione n. 189 del 25.9.2017 ha aderito al Progetto

“AUDIT Area Metropolitana di Bologna” e con nota in atti prot. 23030 del 18.7.2018 si è preso atto della costituzione del Gruppo di lavoro e del relativo avvio, unitamente alla nomina del Responsabile.

L’AUSL di Imola partecipa al Gruppo di lavoro mediante componenti dell’Area Bilancio, Programmazione e Controllo Direzionali, Nucleo Operativo Accreditamento/Qualità e Anticorruzione-Trasparenza. Richiamando il Rendiconto semestrale, in atti prot. 759 del 23.1.2019, le attività svolte nel 2018 sono state le seguenti:

- Supporto e coordinamento per la redazione di un regolamento comune in materia di donazioni, di comodato e conto visione.
- Costituzione di una data base unico delle procedure aziendali e interaziendali e dei relativi controlli/indicatori.
- Mappatura delle procedure esistenti ai fini della individuazione delle aree di miglioramento e delle omogeneità (laddove possibili) delle stesse.

Il suddetto Rendiconto evidenzia altresì il programma di lavoro per il triennio 2019-2021 tenendo presente le fasi di passaggio al nuovo gestionale amministrativo – contabile GAAC.

11.2 Governo delle risorse umane

Il Governo delle risorse umane

Durante l’anno 2018 l’AUSL di Imola ha consolidato ulteriormente la partecipazione al Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale – unico servizio amministrativo per il quale l’Azienda ha aderito alla integrazione delle funzioni amministrative in ambito metropolitano, dopo la diversa esperienza di partecipazione al Servizio Acquisti Metropolitan.

Dal 1.1.2017 – come è noto è partita la gestione del personale tramite il Software GRU – Gestione Risorse Umane. Nel corso del 2018 il sistema – pur con le note difficoltà rendicontate periodicamente nel corso degli incontri regionali – è stato definitivamente collaudato. La entrata in vigore del nuovo contratto e la conseguente messa a regime del trattamento economico in tempi brevissimi ha dimostrato come la presenza di una procedura unica - pur dispendiosa in termini di tempo e di enorme fatica all’adattamento da parte del personale del SUMAP - sia stata produttiva.

L’avvento della procedura GRU ha altresì diffuso una modalità di confronto su problematiche comuni attinenti alla amministrazione e alla gestione delle risorse umane tese a promuovere lo sviluppo di linee di azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche a livello di Area metropolitana. Insieme sono state condivise le modalità di applicazione delle norme contrattuali relative alle indennità h. 12 e h. 24 anche se, dopo una iniziale trattativa congiunta interaziendale a livello di area metropolitana, nelle rispettive aziende si è dato corso a trattative su tavoli separati sulla base delle diverse esigenze e realtà aziendali. L’esperienza – pur molto faticosa sia per gli operatori che per i dirigenti – ha portato sicuramente un valore positivo e una apertura per i colleghi, non economie di scala che potranno essere possibili una volta definite modalità operative e soprattutto regolamentari omogenee.

Un settore nel quale queste economie sono state maggiormente produttive è quello dei concorsi pubblici per i quali anche in esito alla previsione delle linee guida regionali che davano indicazioni in ordine all’effettuazione di concorsi per il Comparto almeno a livello di Area Vasta, nel 2018 le Amministrazioni di

AVEC hanno sottoscritto un protocollo di intesa per la gestione congiunta dei seguenti concorsi pubblici, dei quali la maggior parte già conclusi. Nell'area metropolitana di Bologna la pianificazione delle procedure concorsuali è stata supportata da due cabine di regia (una per il personale del comparto composta dai direttori amministrativi e una per il personale della dirigenza composta dai direttori sanitari o loro delegati di tutte e 4 le aziende) al fine di ottimizzare la indizione delle procedure e effettuare procedure – ove possibile – in forma congiunta. L'esperienza per i concorsi della dirigenza – anche se limitata a poche discipline (pronto soccorso, anestesia, igiene pubblica, dirigente chimico) non ha dato ultimamente gli stessi frutti positivi in relazione alle diverse esigenze delle aziende coinvolte. La rendicontazione dei risultati sarà nuovamente a breve riportata alla Cabina di regia al fine di esaminare eventuali ulteriori modalità operative che facilitino l'adesione alle procedure congiunte.

Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP). Con la deliberazione del Direttore Generale n. 250 del 04/12/2018 ad oggetto "Adozione definitiva del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale relativo al triennio 2018-2020" l'Azienda ha dato corso alle disposizioni normative in materia ed alle relative indicazioni regionali, rispettando la tempistica prevista. Nel corso del 2018, in particolare si è proceduto alle seguenti assunzioni:

- n. 53 medici di cui 17 stabilizzazioni
- n. 1 veterinario
- n. 5 unità della dirigenza sanitaria di cui 2 stabilizzazioni
- n. 109 unità di personale del comparto sanitario e tecnico addetto assistenza (83 infermieri di cui n. 2 stabilizzazioni, 14 OSS, n. 1 ausiliario specializzato, n. 2 personale della prevenzione, n. 3 personale della riabilitazione, n. 5 personale tecnico sanitario, n. 1 operatore tecnico specializzato autista di ambulanza).
- n. 8 comparto tecnico non addetto assistenza, n. 1 collaboratore tecnico professionale, n. 1 coadiutori amministrativi, n. 4 collaboratori amministrativi, n. 2 assistenti amministrativi).

Complessivamente una previsione di assunzione di n. 176 unità e n. 24 stabilizzazioni per un totale netto di n. 152 assunzioni. A consuntivo le unità cessate sono risultate essere n. 200 e le assunte n. 176, per una percentuale inferiore a circa il 13% delle cessazioni.

In merito alle unità del ruolo amministrativo sono state effettuate 2 assunzioni per turn over nel settore Contabilità e Finanza, di cui una stabilizzazione da precedente contratto a tempo determinato e 4 assunzioni di collaboratore amministrativo, di cui: 1 stabilizzazione da precedente contratto ex art.15 octies, finalizzata a dare stabilità alla attività legale in campo assicurativo e 3 assunzioni per turn over nel SUMAP con assegnazione per 2 di queste alle attività con sede a Bologna, per proseguire la progressiva integrazione del servizio unico.

Per quanto attiene le strutture complesse, nel 2018 si è dato corso alla copertura definitiva della struttura complessa di Direzione Medica di Presidio, prima coperta a titolo di supplenza, e delle strutture complesse di Medicina Interna e di Distretto (richieste di autorizzazione nel 2016).

Per quanto attiene le strutture complesse si precisa che delle 13 strutture complesse vacanti dal 2014 al 2018 solo n. 7 sono state oggetto di richiesta di autorizzazione e relativa copertura. Nel Piano triennale dei

Fabbisogni del Personale 2018-2018, è stato inoltre prevista la richiesta di autorizzazione di ulteriori 5 incarichi per il periodo 2019/2020.

Carta di Identità” del personale. Le risorse umane impegnate a vario titolo contrattuale nelle attività tipiche aziendali, al 31/12/2018, risultano complessivamente 1.906, registrando rispetto al 2018 un decremento pari a -31 unità, di cui 25 unità del personale dipendente.

Tipologia contrattuale	2016	2017	2018	Var ass. 2016 - 2017
Dipendente	1.746	1.758	1.733	-25
Convenzionato*	169	161	157	-4
Contratti libero-professionali, co.co.co.	24	18	16	-2
TOTALE	1.939	1.937	1.906	-31

* Convenzionato: MMG, PLS, Medici Ambulatoriali, Guardie Mediche

Si rappresenta, nella tabella che segue, la suddivisione del personale dipendente per categorie professionali, con la variazione percentuale rispetto all'anno precedente.

Categorie personale dipendente	2015	2017	2018	Var % 2015-2016
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	272	274	270	-1,5%
ALTRI DIRIGENTI SPTA	59	59	53	-10,2%
PERSONALE INFERMIERISTICO	744	766	771	0,7%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	134	119	121	1,7%
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	223	226	212	-6,2%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	176	179	173	-3,4%
ALTRO PERSONALE	142	135	133	-1,5%
TOTALE	1.750	1.758	1.733	-1,4%

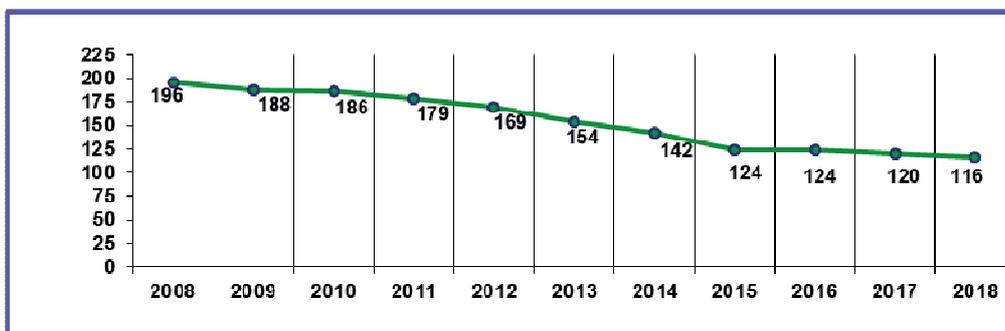
La distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola: ingresso "tardivo" al lavoro in posizione strutturata (numero basso degli under 35) e una massima concentrazione nelle classi 45-54 (38,1%) e 55-64 (30,2%). La distribuzione per genere rappresentata nel grafico conferma la netta maggioranza di personale femminile (77,3%).

Personale dipendente	Sesso		classi di età					TOT.
	F	M	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIR. MEDICI E VETERINARI	152	118	23	97	50	92	8	270
DIRIGENTI SPTA	38	15		6	23	24		53
PERSONALE INFERMIERISTICO	671	100	152	140	342	137		771
PERSONALE TECNICO SANITARIO	83	38	24	23	34	39	1	121
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	181	31	12	32	86	81	1	212
PERSONALE AMMINISTRATIVO	151	22	4	9	61	98	1	173
ALTRO	63	70	3	11	65	53	1	133
Totale	1.339	394	218	318	661	524	12	1.733
%	77,3%	22,7%	12,6%	18,3%	38,1%	30,2%	0,7%	100,0%

La tabella che segue rappresenta la suddivisione del personale dipendente per categorie e Livello di assistenza (LEA).

Personale dipendente	OSPEDALE	DISTRETTO	SANITA' PUBBLICA	SERVIZI GENERALI	Totale
DIR. MEDICI E VETERINARI	218	29	20	3	270
DIRIGENTI SPTA	8	13	1	31	53
PERSONALE INFERMIERISTICO	602	143	12	14	771
PERSONALE TECNICO SANITARIO	75	26	17	3	121
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	164	39	2	7	212
PERSONALE AMMINISTRATIVO	21	43	10	99	173
ALTRO	29	10		94	133
Totale	1.117	303	62	251	1.733
%	64%	17%	4%	14%	100%

Il Grafico mostra il trend di diminuzione dei part-time negli ultimi dieci anni.



Part-Time	PT Ciclico		PT Orizzontale		PT Verticale		TOT.
	M	F	M	F	M	F	
PERSONALE INFERMIERISTICO		4	1	58		14	77
PERSONALE TECNICO SANITARIO				12	1	2	15
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI				13		3	16
PERSONALE AMMINISTRATIVO		2		1		4	7
ALTRO					1		1
Totale	0	6	1	84	2	23	116

12. Area degli investimenti e della gestione del Patrimonio tecnologico

12.1 Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti

Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche

Patrimonio immobiliare. Sul fronte della gestione del patrimonio immobiliare, nel 2018, gli interventi effettuati vengono di seguito relazionati.

Manutenzione. L'Azienda ha effettuato il monitoraggio della manutenzione ordinaria delle strutture ospedaliere aderendo al progetto AGENAS "Monitoraggio manutenzione ordinaria" partecipando agli incontri regionali ed inserendo i dati richiesti nella piattaforma predisposta da AGENAS. Per quanto riguarda le strutture territoriali si è proceduto alla comunicazione dei dati tramite le procedure regionali.

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale. In riferimento all'uso razionale dell'energia, stante che dall'Agosto 2014 l'Agenzia delle Dogane ha riconosciuto alle strutture sanitarie l'applicazione dell'accisa industriale per il consumo del gas naturale utilizzato per la produzione di acqua calda per riscaldamento, per il 2018 l'AUSL di Imola ha mantenuto questa caratteristica per i contratti GAS Naturale che ha sottoscritto nell'ambito delle convenzioni Intercent-ER ed ha monitorato il mantenimento della tariffa industriale per il Teleriscaldamento dalla rete di Hera. Alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione ed in particolare al Servizio Strutture Sanitarie e Sociosanitarie vengono regolarmente fornite dall'Energy manager, delle Aziende sanitarie dell'Area metropolitana, le informazioni richieste (nel formato elaborato e condiviso nel tavolo regionale del gruppo energia) e tutti i dati necessari al monitoraggio dei fabbisogni energetici delle strutture Aziendali. L'Energy Manager, inoltre, partecipa attivamente ai lavori del gruppo regionale energia. In applicazione delle disposizioni regionali, l'AUSL di Imola, ha attivato azioni manutentive agli impianti e agli immobili, per un uso più razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale, armonizzate con le indicazioni dell'Energy Manager unico delle AA.SS. della Area Metropolitana di Bologna, tra le quali:

- mantenimento dei sistemi di rifasamento (sia dinamici-adattativi, sia fissi) nelle cabine elettriche degli immobili aziendali con fattore di potenza superiore a 0,95 (Cos fi) per contenere le perdite di rete per effetto joule sia nelle reti del Distributore locale di Energia Elettrica, sia nelle Reti MT private-aziendali.
- Impiego di tubazioni del teleriscaldamento del Presidio Sanitario Città di Imola e di tubazioni della climatizzazione estiva in tutte le sedi aziendali nella Fase di Manutenzione Straordinaria con altre adeguatamente isolate in conformità alle norme in vigore, allo scopo di contenere le dispersioni di calore nei tragitti tecnologici migliorando progressivamente la efficienza energetica.
- Sostituzione di impianti VRV con nuovi impianti aventi migliore rendimento energetico (COP) presso edifici del Presidio Sanitario Città di Imola.
- Sostituzione di 1 UTA per Centro Prelievi con altre aventi miglior rendimento energetico (COP) presso il Presidio Sanitario Città di Imola.

- Adozione standardizzata di soluzioni innovative (sorgenti a led, dimmerizzazione, automazioni, ecc.) nella progettazione e realizzazione dei nuovi interventi di riqualificazione dei reparti e degli ambulatori e illuminazione a LED delle aree esterne e di parcheggio dell'Ospedale Santa Maria della Scaletta di Imola.

Riguardo alle misure volte all'uso razionale dell'energia ed alla corretta gestione ambientale si è proseguito con le attività, promosse dalla Regione Emilia Romagna quali: il monitoraggio e la sensibilizzazione sullo spegnimento (fuori orario di servizio) dei PC aziendali, le azioni di informazione, la raccolta di segnalazioni tramite il progetto "Io spengo lo spreco". Inoltre, con la raccolta periodica dei dati di lettura dei contatori di acqua, gas e il rilievo periodico e sistematico delle temperature di climatizzazione estiva ed invernale ha garantito una corretta fatturazione ed un monitoraggio delle dispersioni o degli eccessivi consumi per guasti o cattiva regolazione.

Prevenzione incendi. Si è provveduto al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi, secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015), e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie.

Prevenzione sismica. Per quanto riguarda le azioni di miglioramento sismico delle componenti strutturali e non strutturali negli edifici delle Aziende sanitarie, definiti strategici dalla normativa in materia di prevenzione sismica, si è provveduto al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione sismica.

Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI). Si è proceduto al censimento dei Complessi Immobiliari (CI) con rilevazione degli attributi come da indicazioni regionali e raccolta delle informazioni necessarie al collegamento dei CI alle anagrafi regionali relative alle prestazioni erogate ed al sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC) mediante raccolta dati attivata con sistema informativo regionale.

Tecnologie Biomedicali. Per quanto riguarda gli indicatori in ordine all'assolvimento del debito informativo alla Regione in materia di Tecnologie Biomediche, l'AUSL di Imola ha garantito, attraverso il competente servizio di Ingegneria Clinica, l'invio del flusso informativo relativo alle tecnologie biomediche esistenti al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche, secondo la tempistica che segue.

Tecnologie biomediche. Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato. Target: Trasmissione secondo scadenze prestabilite. II semestre 2017: richiesto dalla Regione Emilia Romagna con mail del 23/02/2018 e con scadenza al 09/03/2018 ed inviato in data 27/02/2018 con mail.

Tecnologie biomediche. Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature Sanitarie; target: aggiornamento secondo scadenze stabilite da decreto. Target: Aggiornamento secondo scadenze stabilite da decreto. IV Trimestre 2017: richiesto dalla Regione Emilia Romagna con mail del 03/01/2018 e con scadenza al 10/01/2018 ed inviato in data 04/01/2018 con mail; I Trimestre 2018: richiesto dalla Regione Emilia Romagna con mail del 13/03/2018 e con scadenza al 10/04/2018 ed inviato in data 14/03/2018 con mail; II Trimestre 2018: richiesto dalla Regione Emilia Romagna con mail del 04/07/2018 e con scadenza al 10/07/2018 ed inviato in data 05/07/2018 con mail; III Trimestre 2018: richiesto dalla Regione Emilia Romagna con mail del 08/10/2018 e con scadenza al 10/10/2018 ed inviato in data 10/10/2018 con mail.

Tecnologie biomediche. Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB). Target: 100% delle tecnologie. L'AUSL di Imola nel corso del 2018 non ha acquistato tecnologie da sottoporre al GRTB.

Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici. Target: Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite. Monitoraggio utilizzo TAC, Risonanze Magnetiche e mammografi - attività 2017: richiesto dalla Regione Emilia Romagna in data 19/06/2018 e con scadenza al 09/07/2018 ed inviato in data 04/07/2018 con mail. Monitoraggio utilizzo Robot Chirurgici: Non presenti presso AUSL IMOLA.

12.2 Gli investimenti immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche

Piano investimenti

Nel corso del 2018, al fine di rispettare la tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 così come modificato dall'art. 1 comma 436 della L. 27 dicembre 2017 n. 205 e nel rispetto del Disciplinare di Giunta (deliberazione n. 708 del 15 giugno 2015) e per quanto riguarda l'Accordo di Programma Addendum sottoscritto il 2 novembre 2016, l'Azienda USL di Imola ha predisposto e presentato al gruppo tecnico regionale il progetto relativo all'intervento APb20 per il "Interventi per il miglioramento della sicurezza nei presidi ospedalieri dell'Azienda USL di Imola" per un importo di € 900.000,00 ottenendo l'ammissione al finanziamento in data 2/03/2018. Si prevede di completare le aggiudicazioni dell'intervento entro aprile 2019 e pertanto entro la scadenza prestabilita del 02/09/2019.

Si è proceduto a richiedere la liquidazione per un importo superiore al 75% del totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati. Nello specifico, per quanto riguarda gli interventi AP.47 "Intervento di manutenzione straordinaria il reparto di geriatria e lungodegenza dell'Ospedale di Imola" e AP48 "Realizzazione della Casa della Salute presso il Polo Sanitario di Castel San Pietro Terme - 1° stralcio" le quote sospese relative all'intervento sono quelle concernenti l'incentivo alla progettazione ex art. 92 D.Lgs. 162/2006, che saranno liquidate non appena approvato il regolamento specifico attualmente in corso di verifica con le Organizzazioni Sindacali su un tavolo interaziendale.

Il piano degli investimenti per l'anno 2018 è riassunto nelle specifiche successive. In particolare, si riportano gli interventi relativi ai fabbricati, alle attrezzature sanitarie, alle attrezzature informatiche e altri beni mobili.

Programma investimenti straordinari in Sanità (ex art. 20 Legge 67/88 – 2° stralcio - IV fase)

A seguito dell'ottenimento del finanziamento per "Interventi per il miglioramento della sicurezza nei presidi ospedalieri", l'Azienda ha provveduto all'acquisto di attrezzature per le sale operatorie dell'Ospedale di Imola e i lavori per l'adeguamento antincendio (in ottemperanza alla scadenza prevista dalla normativa antincendio per l'adeguamento delle strutture sanitarie) per l'Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme.

Per quanto riguarda l'adeguamento antincendio dell'Ospedale di Comunità e Casa della salute di Castel San Pietro Terme nel 2018 i lavori sono iniziati il 31/05/2018 con una spesa nel 2018 di € 68.761 e si prevede la conclusione dei lavori entro maggio 2019.

Interventi realizzati con Contributi in Conto Capitale

Gli interventi realizzati sui fabbricati ospedalieri mediante contributo regionale in Conto Capitale, per complessivi € 384.578,25, sono consistiti in interventi di manutenzione straordinaria sugli impianti elettrici, meccanici e opere edili connesse alla sicurezza di fabbricati e impianti oltre alla realizzazione della nuova isola neonatale, della nuova sede dell'anatomia patologica presso l'Ospedale di Imola e il ripristino della piazzola dell'elisuperficie.

Strutture polifunzionali socio-assistenziali per la popolazione

A seguito della progettazione e della conseguente domanda di sostegno inoltrata ad aprile 2017 per l'Operazione 7.4.01 "Strutture Polifunzionali socio-assistenziali per la popolazione", è stato concesso il finanziamento per la "Realizzazione della Casa della Salute piccola della Vallata del Santerno" per un quadro economico di € 326.000,00. A novembre 2017 è stata avviata la procedura di gara d'appalto, quindi i lavori sono iniziati il 26/03/2018 e si sono conclusi il 17/10/2018 con la contestuale attivazione della struttura.

Interventi realizzati con contributi da donazioni da privati

Presso il reparto di Hospice dell'Ospedale di Comunità e Casa della Salute di Castel San Pietro Terme sono stati forniti ed installati sistemi solleva pazienti fissi a soffitto, in ogni camera di degenza e nel bagno assistito.

Interventi realizzati con Mutuo

A settembre 2017 è stata aggiudicata la gara di appalto per l'intervento di "Adeguamento Data-Center" dell'AUSL di Imola avente un importo complessivo di € 400.000. I lavori, si sono conclusi il 4/07/2018.

Tecnologie sanitarie. Complessivamente gli investimenti in tecnologie sanitarie sull'assistenza ospedaliera ammontano a 744.716,18. In particolare, le acquisizioni sono state necessarie per:

- Attuare il "turnover" di Tecnologie Sanitarie ad elevata obsolescenza (oltre 10 anni) per le quali non è possibile garantire né la funzionalità nel tempo mediante manutenzione ordinaria, per effetto della mancata disponibilità di parti di ricambio, né l'efficacia in termini di prestazioni qualitative/funzionali rispetto a nuove tecnologie analoghe;
- Garantire l'attivazione di nuove attività o la riorganizzazione delle stesse;
- Dotarsi di nuove tecnologie, anche innovative, necessarie per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei processi diagnostico/terapeutici aziendali.

Tra le apparecchiature più rilevanti acquisite, si menzionano:

- Ammodernamento tecnologico delle apparecchiature biomediche fisse delle sale operatorie dell'Ospedale di Imola ed in particolare la sostituzione di Lampade scialitiche, Pensili di chirurgia e Anestesia e pareti attrezzate più obsolete (anni 1989) per un importo di circa € 323.000.
- Acquisizione di 1 Nuovo Videoecondoscopio HD in sostituzione di strumento "standard" soggetto ad elevata usura per il miglioramento della diagnostica Ecogastroenterologica (importo complessivo di circa € 67.000).
- Il completamento dell'acquisizione iniziata nel 2017 di un OCT per garantire misure di qualità sulle cornee preparate dalla Banca delle cornee per un miglioramento della qualità delle cornee e dei controlli associati per un importo di € 36.600.

- Il rinnovo degli endoscopi rigidi e flessibili e del Rinometro per l'attività ambulatoriale di otorinolaringoiatria per complessivi € 33.000.
- La donazione per il completamento della sostituzione dei Defibrillatori manuali del presidio ospedaliero in quanto obsoleti e non più supportati dalla assistenza tecnica per un importo di circa € 9.000.
- La donazione di un nuovo Microscopio Operatorio per Oftalmologia di ultima generazione in sostituzione di un apparecchio obsoleto e di due Sistemi per Video Laparoscopia in HD (per un importo complessivo di oltre € 200.000).

Per l'assistenza territoriale sono stati investiti in tecnologie sanitarie nel 2018 euro 33.250. In particolare, si è provveduto a:

- La sostituzione e potenziamento in termini di capacità dei frigoriferi e vaccini per la conservazione di farmaci per un importo di circa € 12.000.
- Acquisizione di due nuovi solleva malati a Binario per l'HOSPICE per circa 6195,90€
- Il restante per la sostituzione di piccole tecnologie ad elevata obsolescenza.

Tecnologie informatiche e di rete

Gli investimenti in tecnologie informatiche e di rete sull'assistenza ospedaliera ammontano a euro 358.161. Sono stati spesi complessivamente circa € 67.000 per l'acquisto di nuovi PC fissi e portatili per sostituirne altri obsoleti con SO Windows XP e HW generici quali stampanti, lettori codici a barre, in sostituzione di equivalenti obsoleti. Per quanto riguarda le implementazioni software sono proseguite le attività iniziate negli anni precedenti e sono state attivate nuove funzionalità in vari ambiti, come di seguito riportato, con un investimento di circa € 290.000.

- L'implementazione di sviluppo di strumenti di Datawarehouse e Business Intelligence per l'analisi dei dati di attività per la nuova SDO 2018.
- Sviluppi per il miglioramento del nuovo SW di Pronto Soccorso.
- Sviluppo della nuova cartella per la gestione dell'attività di Gastroenterologia.
- Sviluppo e adeguamenti per il ritorno erogato verso SOGEI degli applicativi Ambulatoriali.
- Aggiornamento dei SW per adeguamento delle nuovi Ticket dal 01/01/2019.
- Adeguamenti e miglioramenti SW Liste di Attesa e adeguamenti per il nuovo flusso SIGLA 2.0.
- Adeguamento SW Anatomia Patologia per passaggio al DIAP (Dipartimento interaziendale di Anatomia Patologica) e per la migrazione dello screening HCV a Ferrara.
- Quota 2018 da fondi regionali nuovo SW GRU di gestione delle risorse Umane Regionali avviato 01/01/2017.
- Quota 2018 per avvio del nuovo SW GAAC di gestione Amministrativo contabile Regionale avviato in data 01/01/2019.
- Adeguamento del SW Vaccinazioni (sia adulti che pediatriche) per l'invio ad AVR e l'applicazione di nuove normative per l'obbligo vaccinale.
 - Nuovi aggiornamenti di miglioramento del progetto BABEL di AVEC per la nuova Gestione Documentale Aziendale (protocollo, determine e delibere).

Per l'assistenza territoriale sono stati investiti in tecnologie informatiche e di rete nel 2018 per euro 21.319.

Gli investimenti principali eseguiti sul territorio hanno riguardato in particolare per l'acquisto di nuovi PC fissi e portatili per sostituirne altri obsoleti con SO Windows XP e HW generici quali stampanti, lettori codici a barre, in sostituzione di equivalenti obsoleti.

Così come per quanto riguarda il Dipartimento di sanità Pubblica gli investimenti principali hanno riguardato in particolare l'acquisto di nuovi PC fissi e portatili per sostituirne altri obsoleti con SO Windows XP e HW generici quali stampanti, lettori codici a barre, in sostituzione di equivalenti obsoleti.

Altri beni mobili

Gli investimenti in "altri beni mobili" sull'assistenza ospedaliera per l'anno 2018 ammontano a €. 68.081,52 di cui: € 8.402,57 finanziati con donazioni, € 53.262,14 con finanziamento in c/capitale e RER, € 1.972,29 con fondi da progetto, € 4.444,52 con fondi mutuo.

Gli investimenti riguardano gli Arredi per la sostituzione di beni obsoleti e non più riparabili per i reparti del presidio Ospedale Nuovo per l'ammontare di € 57.207,44 e i beni strumentali diversi (ex beni economici vari) per la sostituzione di beni non più riparabili ed urgenti per tutte le aree dell'AUSL di Imola per l'ammontare di € 10.874,08. Complessivamente gli investimenti in "altri beni mobili" sull'assistenza territoriale per l'anno 2018 ammontano a €. 10.641,37 di cui: € 8.039,18 finanziati con donazioni, € 1.982,87 con fondi da progetto, € 619,32 con fondi mutuo. Gli investimenti riguardano gli Arredi per la sostituzione di poltrone e carrozzelle per il Polo Territoriale di Castel S. Pietro Terme per € 7.191,28 ed il rimanente per sostituzioni di beni non riparabili per altri CdC dell'area Territoriale; per i beni strumentali diversi (ex beni economici vari) l'importo ammonta a € 2.486,29 per la sostituzione di beni non più riparabili per tutte le aree territoriali dell'AUSL di Imola. Complessivamente gli investimenti in "altri beni mobili" per il Dipartimento di Prevenzione per l'anno 2018 ammontano a €. 2.288,04 di cui: € 58,00 finanziati con c/capitale, € 2.230,04 con fondi da progetto. Gli investimenti riguardano gli Arredi per la sostituzione di sedute ergonomiche per la Direzione del Dipartimento di Prevenzione, per i beni strumentali diversi (ex beni economici) acquisto di termo anemometri per la Sanità Pubblica.

CONSUNTIVO INVESTIMENTI 2018

Descrizione intervento	Conto	Donazioni in natura e/o denaro	Contr c/capitale Fondi ex art 20 ex art 71 e regionali	Fondi da progetti da privati e RER	Mutuo DRG 144	Totale
Manutenzione straordinaria per la sicurezza dei fabbricati ed impianti	AA2201		507.019,08			507.019,08
Adeguamento data-center dell'Azienda USL di Imola	AA2303				275.656,38	275.656,38
Spese notarili donazione sig. Pecelin	AA2202		2.210,84			2.210,84
Realizzazione della nuova della Casa della Salute della Vallata del Santerno	AA2201		301.004,62			301.004,62
Installazione sistemi solleva pazienti reparto "Hospice"	AA2201	6.284,10				6.284,10
Interventi per il miglioramento della sicurezza nei presidi ospedalieri dell'Azienda USL di Imola - intervento APb.20 - (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio - addendum) Antincendio Casa della salute Castel San Pietro T.	AA2201		68.761,21			68.761,21
Interventi per il miglioramento della sicurezza nei presidi ospedalieri dell'Azienda USL di Imola - intervento APb.20 - (Programma straordinario investimenti in sanità ex art20 L.67/88 - 4°fase 2° stralcio - addendum) Attrezzature sanitarie	AA2401		323.541,54			323.541,54
Ammodernamento tecnologico apparecchiature biomediche urgenti e indispensabili in sostituzione dei fuori uso necessari al funzionamento dei servizi	AA2401	279.485,34	69.818,61	38.198,20	67.581,90	455.084,05
Nuovo Sistema Gestionale Risorse Umane (GRU) - Manutenzione Evolutiva 2017-2021 e installazione del sistema GAAC, Deployment e Attivazione, Licenze d'uso	AA1303		21.932,52			21.932,52
Sostituzione definitiva HW obsoleti, in particolare PC fissi e portatili con sistema operativo Windows XP non più supportato	AA2706	7.444,62	40.605,44	8.245,88	35.361,19	91.657,13
Ammodernamento tecnologico informatico SW e HW urgente e indispensabili per adeguamenti e aggiornamenti necessari al funzionamento dei servizi sanitari e amministrativi e delle integrazioni con gli applicativi AVEC o di Area Metropolitana	AA1406	19.886,00	221.642,85	26.764,43		268.293,28
Arredi - economici - officine - cucine - lavanderia	AA2501	13.696,67	46.718,69	3.260,94	3.311,14	66.987,44
Beni strumentali diversi	AA2709	2.803,08	6.543,45	2.924,26	1.752,70	14.023,49
		329.599,81	1.609.798,85	79.393,71	383.663,31	2.402.455,68

13. Indicatori di risultato e valutazione della performance

13.1 Risultati di periodo della performance organizzativa aziendale

A conclusione si riportano i risultati conseguiti nell'anno 2018 su un panel di indicatori selezionati a livello regionale che permette di rappresentare in sintesi il livello di performance complessiva dell'Azienda.

A seguito della Delibera n. 3/2016 dell'OIV-SSR sono, infatti, stati individuati un insieme di indicatori di risultato, comuni a tutte le Aziende, che permette di valutare annualmente il livello di performance organizzativa aziendale raggiunta in riferimento alle Dimensioni/Aree sulle quali, come rappresentato al precedente Capitolo 2, si articola il Piano Performance.

InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna, piattaforma collegata alle banche dati esistenti, riporta gli indicatori monitorati nel **Piano Performance Aziendale 2018-2020**.

Di seguito vengono riportati i risultati 2018 per ogni singolo indicatore con il relativo posizionamento rispetto al target atteso. Ogni indicatore, in base al risultato rilevato nel 2018, è stato classificato in base ad un codice colore indicante il grado di raggiungimento rispetto al target. Nella tabella che segue (colonna codice indicatore), viene riportata la legenda della scala colori rappresentata.

Legenda

	Pessimo
	Scarso
	Medio
	Buono
	Ottimo
	Indicatori di osservazione
	Dato non disponibile

UTENTE

Accesso e Domanda

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2018	Risultato Aziendale 2018	Risultato Regionale 2018	Note / Fonte Dati
212	Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	137,97	139,3	da 145 a 160 (< 145)	<=Anno 2017	137,36	132,86	Mantenimento (Flusso SDO)
319	Tempi di attesa ex ante primi accessi: % visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	94,42	91,68	da 90 a 95 (> 95)	>=95	90,66	97,82	(Flusso MAPS2)
320	Tempi di attesa ex ante primi accessi: % esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	96,17	97,13	da 90 a 95 (> 95)	>=Anno 2017	97,34	98,71	Mantenimento (Flusso MAPS2)
228	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	10,28	9,84	da 7 a 15 (< 7)	<= 7	9,45	10,69	(Flusso SISM)
137	% abbandoni dal Pronto Soccorso	4,45	5,3			5,5	5,05	Indicatore di osservazione (Flusso PS)
105	% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	55,61	46,04			47,09	69,02	Indicatore di osservazione (Flusso PS)
107	% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	57,4	52,38			52,93	60,24	Indicatore di osservazione (Flusso PS)
410	Tasso di accessi in PS (*1000 abitanti)	396,04	381,23			380,52	388,32	Indicatore di osservazione (Flusso PS)
765 ex 698	Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg	62,42	69,57			97,91	88,36	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
766 ex 699	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg	86,61	95,45			96,72	89,45	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
767 ex 700	Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	72,65	75,24			85,58	80,72	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)

Integrazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2018	Risultato Aziendale osservato 2018	Risultato Regionale 2018	Note / Fonte Dati
207	% di anziani >= 65 anni trattati in ADI	3,92	4,39	da 1,8 a 3 (> 3)	>=Anno 2017	6,06	4,21	Mantenimento (Flusso ADI)
236	Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	31,63	25,75	da 25 a 30 (< 25)	<=25	29,73	23,17	Mantenimento (Flusso SDO)
280	Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare >= 75 anni (*1000 abitanti)	183,56	186,51	da 200 a 250 (> 250)	da 200 a 250	216,21	190,65	(Flussi REM, ADI e Hospice)
683	Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti	136,51	158,83	da 100 a 141 (< 100)	da 100 a 141	106,59	106,81	(Flusso SDO)
686	Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti >= 18 anni	300,57	313,22	da 309 a 409 (< 309)	<= 309	273,65	386,89	Mantenimento (Flusso SDO)
673	% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	10,34	7,17	-		11,11	8,14	Indicatore di osservazione (Flusso SIRCO e SDO)
311	% IVG medica sul totale IVG	19,16	22,52	Valore di riferimento > 27		21,02	34,21	Indicatore di osservazione (Flusso IVG)
542	% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	37,96	15,57	Valore di riferimento <= 28		25,22	25,64	Indicatore di osservazione (Flusso IVG)

ESITI

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale di riferimento	Risultato Aziendale atteso 2018	Risultato Aziendale osservato 2018	Risultato Regionale 2018	Note / Fonte Dati
389	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	6,47	13,37	<= 12%	<= Anno 2017	8,02	8,98	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
390	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	16,47	15,51	>= 35%	<= Anno 2017	14,44	44,78	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
391	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	14,39	13,84	<= 14%	<= Anno 2017	11,89	11,86	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
393	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	8,87	12,99	<= 14%	<= Anno 2017	6,94	10,09	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
395	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	12,64	9,06	<= 12%	<= Anno 2017	10	10,03	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
271	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	69,39	57,14	>= 60	>= Anno 2017	77,34	82,43	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
396	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	–	–	90 casi		100	82,4	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
397	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	0	100	135 casi		0	89,07	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
398	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	17,57	10,98	<= 12%	<= Anno 2017	4,29	6,47	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
400	Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	0	0	-	= Anno 2017	7,14	5,08	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
401	Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	8	4,17	<= 6%	<= Anno 2017	1,85	3,61	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
494	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	21,03	20,67	<= 30%	<= Anno 2017	21,53	17,47	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
402	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,88	1,34	<= 0,7%	<= Anno 2017	1,31	0,94	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
403	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,85	0,33	<= 1,2%	<= Anno 2017	1,12	1,24	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
772	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	84,15	90,77	>= 50%	>= Anno 2017	92,23	71,36	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
404	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	3	3	< 6		2	2	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2018	Risultato Aziendale osservato 2018	Risultato Regionale 2018	Note / Fonte Dati
102	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,85	4,83	da 2 a 3 (< 2)	<= Anno 2017	5,73	3,86	Mantenimento (Flusso SDO)
773 ex 301	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	1,3	1,15	da -0,92 a -0,27 (< -0,92)	<= Anno 2017	1,25	0,52	(Flusso SDO)
774 ex 302	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,88	1,14	da -0,95 a -0,3 (< -0,95)	<= Anno 2017	1,24	0,4	(Flusso SDO)
303	Degenza media pre-operatoria	1,11	0,95	da 0,85 a 1 (< -0,85)	< 0,85	0,88	0,71	(Flusso SDO)
409	Volume di accessi in PS	54.088	51.537			51.237	1.921.960	Indicatore di osservazione (Flusso PS)
411	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	8.655	9.489			9.106	354.621	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
412	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	4.457	4.300			5.055	254.222	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
413	Volume di ricoveri in DH per DRG medici	2.111	1.366			1.338	36.893	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
414	Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	1.374	1.222			12	88.491	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)

Produzione-Territorio

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2018	Risultato Aziendale osservato 2018	Risultato Regionale 2018	Note / Fonte Dati
211	Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	21,13	20,91	da 10,82 a 14 (> 14)	>= Anno 2017	21,1	20,86	Mantenimento (Flusso SISM)
224	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	20,49	20,5	da 19 a 20 (> 20)	>= Anno 2017	20,59	20,29	Mantenimento (Flusso SISM)
225	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	63,97	70,17	da 50 a 60 (> 60)	>= Anno 2017	74,53	81,39	Mantenimento (Flusso SINPIA ER)
310	% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	40,06	44,79	Valore di riferimento >= 47,8		44,49	52,2	Indicatore di osservazione (Flusso CEDAP)
661	% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	59,59	60,64	Valore di riferimento >= 54,8%		62,7	60,13	Indicatore di osservazione (Flusso CEDAP)
662	% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	27,05	32,32	Valore di riferimento >= 22,3%		54,49	28,71	Indicatore di osservazione (Flusso CEDAP)
317	% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	8	7,51	Valore di riferimento >= 7%		7,49	5,93	Indicatore di osservazione (Flusso SICO)
415	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	157.320	163.369	-		170.045	7.117.095	Indicatore di osservazione (Flusso ASA)
416	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	146.292	149.674	-		152.727	6.669.619	Indicatore di osservazione (Flusso ASA)
417	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.041.427	1.178.946	-		1.252.005	47.878.684	Indicatore di osservazione (Flusso ASA)
499	Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,25	0,26	-		0,3	0,37	Indicatore di osservazione (Flusso GRAD)
669	Numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive	-	100	-		100	81,90	Indicatore di osservazione (Sistema informativo Case della Salute)
670	Durata media di degenza in OSCO	24	20	-		20,28	19,2	Indicatore di osservazione (Flusso SIRCO)
678	Volume di accessi in ADI: alta intensità	30.688	31.630	-		463.022	68.314	Indicatore di osservazione (Flusso ADI)
679	Volume di accessi in ADI: media intensità	17.356	21.276	-		847.251	47.754	Indicatore di osservazione (Flusso ADI)
680	Volume di accessi in ADI: bassa intensità	57.524	83.334	-		1.790.340	132.016	Indicatore di osservazione (Flusso ADI)

Produzione-Prevenzione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2018	Risultato Aziendale osservato 2018	Risultato Regionale 2018	Note / Fonte Dati
160	% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	43,90	42,5	da 50 a 60 (> 60)	da 50 a 60	42,5	49,1	(Indagine PASSI)
161	% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	19,00	20,1	da 30 a 35 (> 35)	da 30 a 35	20,1	35,1	(Indagine PASSI)
761 ex 164	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)	-	74,49	da 60 a 70 (> 70)	>= 70	73,79	69,54	(Osservatorio Nazionale Screening)
762 ex 167	% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)	-	61,22	da 50 a 60 (> 60)	aggiunto post al PP 2018 2020	59,78	62,59	(Osservatorio Nazionale Screening)
763 ex 170	% di persone che hanno partecipato allo screening colorettales rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)	-	54,25	da 50 a 60 (> 60)	da 50 a 60	55,69	54,07	Osservatorio Nazionale Screening)
171	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	89,33	92,86	da 95 a 98 (> 98)	aggiunto post al PP 2018 2020	94,40	93,47	(Anagrafe Vaccinale Regionale)
172	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	53,39	56,14	da 75 a 90 (> 90)	da 75 a 90	nv	nv	(Anagrafe Vaccinale Regionale)
173	Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio	78,89	81,39	da 75 a 95 (> 90)	aggiunto post al PP 2018 2020	nv	nv	(Anagrafe Vaccinale Regionale)
174	Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	27,16	30,04	da 25 a 34 (> 34)	aggiunto post al PP 2018 2020	nv	nv	(Anagrafe Vaccinale Regionale)
175	Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini	89,52	92,86	da 95 a 98 (> 98)	aggiunto post al PP 2018 2020	93,13	92,09	(Anagrafe Vaccinale Regionale)
177	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	94,07	96,39	da 95 a 98 (> 98)	>= 98	95,84	95,17	(Anagrafe Vaccinale Regionale)
185	% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	8,75	9,36	da 8 a 9 (> 9)	>= 2017	8,50	9,44	Mantenimento
187	% cantieri ispezionati	13,02	19,07	da 23 a 32 (> 32)	aggiunto post al PP 2018 2020	16,44	20,05	
408	Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	92,18	99,09	da 90 a 95 (> 95)	>= 2017	92,67	100,00	
674	Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni	-	91,82	Valore di riferimento >= 95%	aggiunto post al PP 2018 2020	92,31	90,86	Indicatore di osservazione (Anagrafe Vaccinale Regionale)

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2018	Risultato Aziendale osservato 2018	Risultato Regionale 2018	Note / Fonte Dati
343	Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	910,23	823,16	Da 700 a 850 (< 700)	< 700	809,56	790,54	(Flussi AFT e FED)
125	% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	49,42	46,94	da 55 a 60 (> 60)	da 55 a 60	39,58	51,48	(Flusso SDO)
213	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,2	1,95	da 4 a 7 (< 4)	<= Anno 2017	1,73	2,07	Mantenimento (Flusso SDO)
214	Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	122,05	31	da 75 a 90 (< 75)	<= Anno 2017	27,57	29,87	(Flusso SDO)
216	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,21	0,22	da 0,1 a 0,21 (< 0,1)	<= 0,1	0,23	0,2	(Flusso SDO)
101	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	9,67	10,84	-		9,69	9,56	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
621	Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	7,58	5,36	-		6,77	6,38	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
622	Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	1,58	1,29	-		3,14	3,35	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
333	% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	21,35	21,51	Valore di riferimento <=5%		21,84	21,74	Indicatore di osservazione (Flussi AFT, FED e SDO)
210	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	7,92	8,69	Valore di riferimento <= 7,5		9,61	7,65	Indicatore di osservazione (Flusso SDO)
505	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	14,71	13,67	-		13,13	13,54	Indicatore di osservazione (Flussi FAR e PS)
506	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	6,98	10	-		7,87	4,85	Indicatore di osservazione (Flussi FAR e SDO)

Anticorruzione-Trasparenza

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2018	Risultato Aziendale osservato 2018	Risultato Regionale 2018	Note / Fonte Dati
405	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	99,52	100	da 85 a 95 (> 95)	>= Anno 2017	99,63	99,66	Mantenimento (Delibera annuale ANAC attestazione assolvimento obblighi di pubblicazione)
682	% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	78,22	79,31			nv	nv	

SOSTENIBILITA'

Economico-Finanziaria

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2017	Risultato Aziendale osservato 2017	Risultato Regionale 2017	Note / Fonte Dati
614	Costo pro capite totale	1.791,00	1.801,33	da 1.720 a 1.750 (< 1.720)	< = Media RER	1.810,53	1.767,86	(Modelli regionali COA01 Costi e COA01 Ricavi - PdC regionale - Pop. RER pesata utilizzata per il finanziamento regionale - DGR di riparto e assegnazione del Fondo Sanitario Regionale - Form Mobilità attiva infra-regionale)
267	Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	53,22	52,69	da 50 a 55 (< 50)	< = Media RER	57,4	57,08	
615	Costo pro capite assistenza ospedaliera	674,34	671,91	da 650 a 668 (< 650)	< = Media RER	636,59	632,84	
616	Costo pro capite assistenza distrettuale	1.058,06	1.072,17	da 1.000 a 1.046 (< 1.000)	< = Media RER	1.112,07	1.077,93	

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Range Regionale (Valore Target)	Risultato Aziendale atteso 2018	Risultato Aziendale osservato 2018	Risultato Regionale 2018	Note / Fonte Dati
363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	92,99	92,51	da 85 a 95 (> 95)	> 95	92,73	93,10	Flusso DiMe e Piano dei Conti
365	% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza	78,72	82,58	da 83 a 84,5 (> 84,5)	da 83 a 84,5	85,28	85,63	Flusso DiMe e Piano dei Conti
732 ex 697	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	173,88	175,46	da 155 a 165 (< 155)	< = Media RER	176,57	165,21	Flussi AFT e FED
220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-14,00	-9,00			-5,00	-	Flussi AFT e FED

13.2 Considerazioni sui risultati della performance

Le tabelle riportanti gli **indicatori InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna** mostrano per l'AUSL di Imola gli andamenti in miglioramento e mantenimento dei diversi indicatori monitorati secondo il Piano Performance 2018-2020. In riferimento ai risultati si riporta, per Dimensioni/Aree, un commento relativo all'andamento specifico 2018. Come già detto, nella piattaforma InSiDER, per ogni indicatore del Piano sulla Performance viene rappresentato, in base al risultato osservato, con un codice colore corrispondente al raggiungimento. La legenda che segue, in correlazione alla scala colori, riporta i giudizi corrispondenti ed utilizzati per classificare il risultato ottenuto.

Legenda performance

	Pessima
	Scarsa
	Media
	Buona
	Ottima
	Indicatori di osservazione
	Dato non disponibile

DIMENSIONE UTENTE

Area: Accesso e domanda

Gli indicatori di questa area, in riferimento ai risultati 2018, mostrano continuità e tenuta rispetto al 2017 posizionandosi pertanto in ambito di "Ottima" e "Buona" performance.

Esprimono una performance "Ottima" gli indicatori:

- IND212 "Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti (GRIGLIA)".
- IND320 "Tempi di attesa ex ante primi accessi: % esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg".

Si posizionano in ambito di "Buona" performance gli indicatori:

- IND319 "Tempi di attesa ex ante primi accessi: % visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg".
- IND228 "Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti".

Gli indicatori a completamento dell'area vengono classificati a livello regionale come indicatori di osservazione rispetto ai quali la Regione non definisce specifici target di raggiungimento.

In riferimento ai tempi di attesa si aggiungono (Nuovo Piano performance 2018 – 2019) a questa area tre indicatori di osservazione relativi ai tempi di attesa prospettici per interventi, rispetto ai quali si osserva:

- IND765 "Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg": AUSL IMOLA 97,91 vs RER 88,36;

- IND766 "Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg": AUSL IMOLA 96,72 vs RER 89,45;
- IND767 "Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata": AUSL IMOLA 85,58 vs RER 80,72.

Le percentuali 2018 relative a questi indicatori evidenziano performance alte, in netto miglioramento rispetto agli anni precedenti e superiori ai valori medi regionali.

Infine si rendiconta un set di indicatori, propri di quest'area, relativi all'attività di Pronto Soccorso:

- IND105 "% pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti",
- IND107 "% pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora",

in riferimento ai quali l'AUSL di Imola si posiziona, a confronto con le altre aziende e alla media RER, tra le performance più basse, senza registrare un miglioramento significativo rispetto al 2017.

Per quanto riguarda invece il Tasso di accessi in PS per 1.000 abitanti il valore aziendale risulta più basso in di quello regionale (AUSL Imola 380,52 vs RER 388,32).

Area: Integrazione

Una performance "Ottima" risulta quella dell'indicatore (IND207) "% di anziani \geq 65 anni trattati in ADI", in ulteriore miglioramento e superiore al dato regionale. Per quanto riguarda il "Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare \geq 75 anni per 1.000 abitanti (IND280), la performance migliora passando da "Media" a "Buona" e risulta anche in questo caso superiore al dato medio regionale (AUSL Imola 216,21 vs RER 190,65).

In riferimento agli indicatori sui Tassi standardizzati di ospedalizzazione, si confermano nel range di una "Buona" performance l'indicatore relativo al tasso per TSO per 100.000 residenti (IND236) e al "Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica ($<$ 18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti" (IND683), in linea con il dato RER. Il Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco per 100.000 residenti maggiorenni (IND686) evidenzia un significativo miglioramento che porta la performance da "Buona" a "Ottima" (2018: 273,65 vs 2017:313,22), risultando la migliore della Regione.

ESITI

Gli indicatori di Esito selezionati nel sito sono quelli contenuti nel DM del 21 Giugno 2016. Questi indicatori sono stati classificati come "Indicatori di osservazione". Negli studi osservazionali la valutazione comparativa degli esiti deve tenere conto delle possibili disomogeneità esistenti nelle popolazioni studiate (età, genere, gravità della patologia in studio, presenza di comorbidità croniche, etc.). Pertanto per gli indicatori selezionati in questa area la Regione ha effettuato un aggiustamento statistico applicando il metodo di risk adjustment che permette di confrontare l'indicatore tra le diverse strutture "al netto" del possibile effetto confondente della disomogenea distribuzione delle caratteristiche dei pazienti.

La procedura di risk adjustment è però stata applicata a livello di singolo stabilimento di ricovero, pertanto a livello Aziendale e Regionale, vengono riportati esclusivamente i dati non aggiustati (e dunque non associati a soglie di valutazione).

In mancanza di un target di riferimento regionale definito per gli indicatori di questa area, l'AUSL di Imola si è impegnata con il Piano della Performance 2018 – 2020 a definire comunque un valore atteso per ogni anno di riferimento. Il commento sull'andamento di questi indicatori si riferisce quindi al risultato atteso aziendale 2018.

In riferimento agli indicatori di Mortalità a 30 giorni si osserva: per lo Scoppio cardiaco congestivo (IND391) un esito 2018 in diminuzione ed in linea con il dato regionale (2018: 11,89 vs 2017:13,84); per l'Ictus ischemico (IND393) l'esito registra una significativa diminuzione quasi della metà del valore dell'anno precedente (2018: 6,94 vs 2017: 12,99) rispetto ad un dato regionale pari a 10,66; per la BPCO riacutizzata l'esito rispetto al 2017 si conferma (2018: 10 vs 2017: 9,06) in linea con il dato regionale (10,03). Anche la Mortalità a 30 giorni per intervento chirurgico per TM al colon (IND401) registra un netto miglioramento, evidenziando un esito aziendale migliore di quello regionale (AUSL Imola 1,85; RER 3,61).

"La proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da intervento chirurgico conservativo per TM mammella" (IND398) rispetto alla quale ci si attendeva una diminuzione, conferma anche nel 2018 un netto miglioramento, passando da 10,98 nel 2017 a 4,29 del 2018 (dato RER 2018: 6,47).

Il risultato osservato per gli indicatori relativi al parto con taglio cesareo - proporzione parti cesarei primari (IND494) e proporzione di complicanze durante il parto cesareo e il puerperio (IND403) - pur avendo registrato nel 2017 una diminuzione rispetto al 2016, nel 2018 si registra un lieve incremento. Per quanto concerne l'IND402 "Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio" si osserva un esito in linea con l'anno precedente (2018: 1,31 vs 2017:1,34).

In riferimento ai tempi di attesa per interventi chirurgici, si rileva:

- (IND772) Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni: la performance aziendale 2018 risulta essere in miglioramento (2018: 92,23 vs 2017: 90,77) e risulta essere tra le migliori a livello regionale (RER 2018: 71,36).
- (IND404) Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico: la performance migliora (da 3 a 2) in linea con il dato medio RER.

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

I primi quattro indicatori relativi a questa area fanno riferimento ad un target di raggiungimento regionale che permette di classificarne la performance in base ai criteri già menzionati. Prima di entrare nel merito, si osserva che rispetto al 2017 le performance espresse da questi indicatori mostrano per tre di questi un risultato che si discosta dall'atteso, in particolare:

- IND102 % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età ≥ 65 anni: con un esito 2018 pari a 5,73% in peggioramento rispetto al 2017 (4,83%).
- IND773 Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici: il risultato 2018 (1,25) peggiora rispetto al 2017 (1,15).
- IND774 Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici: il risultato 2018 (1,24) peggiora rispetto al 2017 (1,14).

L'Indicatore (IND303) Degenza media pre-operatoria: il risultato 2018 (0,88) risulta invece in miglioramento (2017: 0,95) confermando una performance "Buona".

I restanti indicatori appartenenti a quest'area sono indicatori di volume riferiti agli accessi PS, ai ricoveri ordinari e in DH rispettivamente medici e chirurgici per DRG, rispetto ai quali si rimanda alla presa visione della tabella.

Produzione-Territorio

"Ottima" la performance espressa dai seguenti indicatori, che confermano questi risultati a partire dal 2015:

- IND211 "Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti.
- IND224 "Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti".
- IND225 "Tasso standardizzato di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile".

Gli altri indicatori sono di tipo osservazionale e si riferiscono a: volumi di prestazioni di specialistica (diagnostica, visite e laboratorio), volumi di accessi all'Assistenza Domiciliare Integrata, % di donne in gravidanza che hanno fatto accesso al Consultorio e ai corsi di preparazione al parto rispetto ai quali si rimanda alla tabella per una presa visione.

Produzione-Prevenzione

Gli indicatori sugli screening confermano un risultato "Ottimo" in merito alla % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate (IND761) e si conferma inoltre un risultato "Medio" per quanto concerne la % di persone che hanno partecipato allo screening colon rettale rispetto alle persone invitate (IND763). In riferimento all'indicatore aggiunto con il nuovo Piano della Performance 2018 – 2020 – (IND762) "% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni), l'AUSL di Imola esprime una "Buona" performance seppur in leggero calo rispetto all'anno precedente.

In merito agli indicatori sulle coperture vaccinali, il Piano della Performance 2018 – 2020 introduce alcuni nuovi indicatori:

- (IND171) copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini, che esprime un performance "Media" pari al 94,4%, in linea con il dato medio RER (2018: 93,5%);
- (IND175) copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini, con una percentuale pari al 93,13% anche in questo caso in linea con il dato regionale (92,1%).

L'indicatore sulla copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini (IND177) esprime e conferma una performance "Buona", pari al 95,85% vs un dato RER pari a 95,17%.

"Ottima" risulta confermarsi la performance sulla % di aziende con dipendenti ispezionate (IND185), in linea col dato regionale. La performance che esprime la "Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti" rileva un decremento (2018: 92,7% vs 2017: 99,9%), pur confermandosi una "Buona" performance. "Media" la performance sulla percentuale di cantieri ispezionati (IND187) in decremento rispetto al 2017.

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

La % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici (IND125) conferma un trend in calo, esprimendo una performance critica (2018: 39,58% vs 2017: 46,94%) in considerazione di un risultato atteso entro un range 55% - 60%.

Il Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (IND213) si conferma anche nel 2018 con una "Ottima" performance, migliore rispetto al dato medio regionale (AUSL Imola 1,73 vs RER 2,07). Anche il Tasso standardizzato di accessi di tipo medico per 1.000 residenti (IND214) esprime un ulteriore miglioramento che conferma una "Ottima" performance, migliore anche del dato regionale.

Il Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza (IND216), mostra nel 2018 un valore al di sopra del range atteso (0,23), che conferma una performance "Media".

Si aggiunge dal Piano della Performance 2018 – 2020 un ulteriore indicatore in quest'area: (IND343) "Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti" che esprime una performance "Buona" di poco superiore al dato regionale (Ausl Imola: 809,56 vs RER: 790,54).

Ai già presenti indicatori di tipo osservazionale, sulla base del nuovo Piano della Performance 2018 - 2020 si aggiungono ulteriori indicatori osservazionali ai quali si rimanda per una specifica presa visione dei risultati.

Anticorruzione-Trasparenza

L'indicatore relativo alla % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza (IND405) in continuità con il 2017 conferma una "Ottima" performance ed un risultato che totalizza il 99,63%.

SOSTENIBILITA'

Economico-Finanziaria

Il Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici (IND363) conferma una "Buona" performance pur non centrando l'obiettivo > di 95 (2018: 92,73).

L'indicatore sulla % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza (IND365) migliora passando da "Buona" a "Ottima" performance (2018: 85,28% vs 2017:82,58) in linea con il dato medio regionale.

In ordine alla Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (IND732) l'indicatore rileva la spesa relativa ai farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale e i farmaci dispensati in regime convenzionale somministrati mediante la distribuzione diretta e "per conto". Il valore calcolato nel 2018 (176,57) conferma la performance dell'anno precedente, in leggero aumento e superiore alla media RER (165,21) rispetto alla contrazione attesa.

L'area riporta anche i Costi pro capite 2017 rispetto ai quali si rinvia alla tabella per un confronto con la spesa 2015 e con quella media regionale.

Conclusioni

La Performance complessiva 2018 si connota in termini di miglioramento e mantenimento rispetto all'andamento dei valori aziendali osservati a partire dal 2016 ad oggi.

L'AUSL di Imola permane protesa a monitorare e porre in essere le azioni e gli interventi necessari al consolidamento e miglioramento della performance organizzativa aziendale.

Glossario

Acronimo	Significato per esteso
A.A.A	Anno Accademico
AA.SS.LL.	Aziende Sanitarie Locali
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADR	Reazione Avversa a Farmaco (ADR, Adverse Drug Reaction in inglese)
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
ANAC	Agenzia Nazionale Anticorruzione
ANVUR	L'Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca
AO BO	Azienda Ospedaliera Bologna
AOSP	Azienda Ospedaliera
AOU	Azienda Ospedaliera Universitaria
APb20	Codice di classificazione dell'intervento: "Interventi per il miglioramento della sicurezza nei presidi ospedalieri dell'AUSL di Imola"
ARA	Anagrafe Regionale Assistiti
ASA	Assistenza Specialistica Ambulatoriale
ASP	Azienda Servizi alla Persona
AUO	Azienda Universitaria Ospedaliera
AVEC	Aria Vasta Emilia Centro
AVK	Principio farmaceutico antagonisti della vitamina K
BEP	Bilancio Economico Preventivo
BO.Lab	Laboratorio Benessere Organizzativo
BPCO	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
CA	Centro Assistenziale
CdS	Casa della Salute
CE	Conto Economico
CF	Commissione Farmaco
CHIR	Chirurgia
CRA	Casa Residenza Anziani
CSM	Centro Salute Mentale
CSSR	Centro Socio Sanitario di Riabilitazione
CTSS	Conferenza Territoriale Socio Sanitaria
CUPWEB/FSE/APP	Riferimento al fascicolo sanitario elettronico on-line
DAT	Dipartimento Amministrativo e Tecnico
DCP	Dipartimento Cure Primarie
DDD	Dose Farmaceutica Fionaliara
DEA	Dipartimento Emergenza Accettazione
DEMA	Dematerializzata
DHT	Day Hospital Territoriale
Dic	DiC - Dipartimento Chirurgico
DIMO	Dipartimento Medico Oncologico
DM	Decreto Ministeriale
DP	Dipendenze Patologiche
DPS	Documento programmatico sulla sicurezza
DRG	Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi
DSA	Day Service Ambulatoriale
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
DSM DP	Dipartimento di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche
DSP	Dipartimento di Sanità Pubblica
ECM	Educazione continua in medicina
EDCF-AVEC	Commissione Farmaco Area Vasta Emilia Centrale

Acronimo	Significato per esteso
ER-ReCi	Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni
FAD	Formazione a Distanza
FED_2017	Farmaci in Erogazione Diretta
FEV1/FEV	Indicatore di misurazione broncocronicostruttiva
FNA	Fondo non autosufficienza
FOIA	Per Freedom of Information Act (FOIA) si intende una legge che tutela la libertà di informazione e il diritto di accesso agli atti amministrativi.
FRNA	Fondo Regionale non Autosufficienza
FSE	Il Fondo sociale europeo
FSR	Fondo Sanitario Regionale
GAAC	Gestione Area Amministrativa Contabile
GAAC/GRU	Gestione Area Amministrativa Contabile/Gestione Risorse Umane
GReFO	Gruppo Regionale Farmaci Oncologici
GRU	Gestione Risorse Umane
GSA	Gestione Specialistica Ambulatoriale
GSA: SW	Gestione Specialistica Ambulatoriale: software
HCV	Epatite C
HT	Hospice Territoriale
HTA	Health Technology Assessment
Hub-Spoke	Modello organizzativo che prevede un centro specialistico di riferimento
ICT	Information Communication Technology
IGV	Interruzione Volontaria Gravidanza
IND0655	Codice indicatore nel documento a fianco si trova la descrizione dell'indicatore
IND0656	Codice indicatore nel documento a fianco si trova la descrizione dell'indicatore
INDO0542	Codice indicatore nel documento a fianco si trova la descrizione dell'indicatore
INDO311	Codice indicatore nel documento a fianco si trova la descrizione dell'indicatore
INDO666	Codice indicatore nel documento a fianco si trova la descrizione dell'indicatore
InSiDER	Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna
ISEWEB	ISESWEB: su cui viene registrato l'erogato direttamente del Laboratorio Analisi di AVEC e alcuni altri residuali SW ambulatoriali (es. Diabetologia, ecc.) di CUP2000
KPC	Enterobatteri produttori di carbapenemasi
LA	Livelli Essenziali
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LP	Libera Professione
LP-RER	Libera Professione Emilia Romagna
MAppER	Applicativo per la rilevazione dell'igiene delle mani in sanità
MAPS	Rilevazione tempi di attesa prestazioni specialistica
MED3	Consorzio formazione
MMGG	Medici di medicina Generale
MRI	Istituto di ricovero di Montecatone
N.C.P.	Nuclei di Cure Primarie
NAO	Farmaco anticoagulante orale
NoTI-ER	Piattaforma trasmissione ordini alle aziende fornitrici delle Aziende Sanitarie Locali
NPIA	Neuro Psichiatria Infantile Adolescenza
OAS	Organismo Aziendale di Supporto
OBTV PPI	Obiettivo inibitori della pompa protonica
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
OIV RER	Organismo Indipendente di Valutazione - Regione Emilia Romagna
OIV-SSR	Organismo Indipendente di Valutazione - Servizio Sanitario Regionale
ONAMB	Software per Consultorio Familiare

Acronimo	Significato per esteso
ONAMB: SW	Software Consultorio Familiare
OO.SS	Organizzazioni Sindacali
OS.CO	Ospedale di Comunità
OsCo	Ospedale di Comunità
OSS	Operatore Socio Sanitario
PAC	Procedura Amministrativo Contabile
PAF	Piano Attività Formative
PAF AVEC	Piano Attività Formative - Area Vasta Emilia Centro
PCT	Prevenzione Corruzione e Trasparenza
PDTA/BPCO	Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale per broncopneumopatia cronico ostruttiva
PL	Posto Letto
PLA	Piano Locale Attuativo
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PNPV	Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale
POLARIS	Programma informatico gestione radiologia
POLARIS: SW RIS	Programma informatico gestione radiologia
PPI	Farmaci inibitori della pompa protonica
PRP	Piano Regionale Prevenzione
PTPCT	Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
PTR 173	Prontuario terapeutico regionale
PUA	Punto unico di accesso
RER	Regione Emilia Romagna
RM	Risonanza Magnetica
RPCT	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza
RTI	Ricovero Trattamento Intensivo
RUA	Responsabile unico aziendale
S.S.U.	Struttura Semplice Unificata
SAM	Servizio Acquisti Metropolitan
SELF-PA	Portale formazione nella pubblica amministrazione
SICHER	Procedura Sicurezza in Chirurgia Emilia Romagna
SIMES	Flusso sicurezza delle Cure
SIVER	Sistema Informativo Emilia Romagna
SMI	Sorveglianza Malattie Infettive
SOLE	Programma SOLE - Sanità on line
SP	Sanità Pubblica
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
SPPA	Servizio Prevenzione Protezione Ambienti di Lavoro
SPTA	Sanitario, Professionale, Tecnico, Amministrativo
SRCI	Struttura Residenziale Cure Intermedie
SSCL	Surgical safety check list
SSD	Struttura Semplice Dipartimentale
SSIA	Struttura Semplice Inter Aziendale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
STAM	Servizio di Trasporto Materno Assistito
SUM	Servizio Unico Metropolitan
SUMAP	Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Personale
SW	Software
TC	Tomografia Assiale Computerizzata
TTR	Temo di range terapeutico

Acronimo	Significato per esteso
TUM	Trasfusionale Unico Metropolitano
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
URA	Uso Responsabile Antibiotici
UTIC	Unità di terapia Intensiva Cardiologica
UU.OO	Unità Operative
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale
V.64.1	Codice Diagnosi
V.64.2	Codice Diagnosi
V.64.3	Codice Diagnosi
WHR-Time - GRU	Programma gestione risorse umane